



**Caisse de Compensation  
des Services Sociaux**

11, rue Louis Notari - MC 98030 MONACO CEDEX  
www.caisses-sociales.mc



**PRESTATIONS MEDICALES**

Tél. (+377) 93.15.44.18 - Fax (+377) 93.50.60.34  
prest-medicales@caisses-sociales.mc

**ATTESTATION  
D'ACTIVITE**

-----

**(à compléter par l'assuré)**

L'assuré soussigné \_\_\_\_\_ Matricule \_\_\_\_\_

➤ Atteste sur l'honneur qu'à la date des soins :

il exerce son activité professionnelle chez l'(les) employeur(s) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

il a interrompu son travail le \_\_\_\_\_

pour le motif suivant \_\_\_\_\_

*(démission, licenciement, maladie, maternité, congés sans solde, etc.)*

➤ Dans les deux cas,  
indiquer le nombre d'heures effectuées au cours du mois précédant la date des soins \_\_\_\_\_

➤ Il perçoit une indemnisation, rente ou pension, au titre de :

(cocher la ou les case(s) correspondant à votre situation)

**Chômage**

**Invalidité**

**Retraite**

**Accident  
du travail**

**Autre situation**

\_\_\_\_\_

**L'assuré certifie exacts les renseignements portés sur la présente attestation**

Monaco, le \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré