

Registre de Suivi des Etats Spéciaux

Nom ou Raison Sociale de l'employeur :				Numéro d'affiliation /	
Adresse :					
Date d'envoi : / /		Nombre de pages :	Montant initial : D,		Date de retour : / /

Prestations impayées	Page	Ligne	N° AS	Nom et Prénom	Tr	Année	AF ou SU	Montant	Motif de non paiement	Opération effectuée

..... le

Signature et cachet de l'agent

Total impayé
Montant à rembourser

Signature et cachet du responsable