



DR N° : _____

Dé livré à : _____
Issued at

Matricule Allocataire : _____
Recipient's registered number

Dé livré à _____
Period of reference

BULLETIN DE PRESENCE N° : _____
TIME SHEET N° _____

N° Allocataire : _____
Recipient's N°

N° Employeur : _____
Employer's N°

destiné à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale
Intended for the National Social Insurance

L'Employeur soussigné : _____
The undersigned employer :

Certifie que M. : _____
Hereby certifies that Mr. :

Immatriculé à la Caisse sous le n° d'Allocataire : _____
Registered in the Fund under Récipient n° :

A exercé au cours du : _____ (1) trimestre : _____
Has exercised during the : (1) quarter

Une activité : _____
Activity :

Normale
Normal

Incomplete
Incomplete

En qualité de : _____ et a touché les salaires ci-après
In quality of : and has received the following wages

Mois de : _____
Month of :

Salaire : _____
Wage :

Mois de : _____
Month of :

Salaire : _____
Wage :

Mois de : _____
Month of :

Salaire : _____
Wage :

Cachet de l'employeur : _____
Employer's Seal

A _____ le _____
A _____ the _____

Signature de l'employeur
Employer's Signature