



DEMANDE DE CONGE DE DEUIL

Santé IJ – ECCAI85604

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____ Mail : _____

N° de Sécurité Sociale : _____

Les salariés, exploitants et chômeurs indemnisés ou en situation de maintien de droit aux prestations en espèces au titre de l'article L 161-8 subissant le décès d'un enfant ou d'une personne à charge de moins de 25 ans peuvent bénéficier d'un congé de deuil. Ce congé peut être pris dans un délai d'un an à compter de la date du décès de l'enfant et de manière fractionnée, le minimum devant être d'une journée. Le salarié est tenu d'informer son employeur 24 heures avant le début de chaque période d'absence.

	Période n° 1	Période n° 2	Période n° 3
☐ Je suis salarié(e), possibilité de bénéficier de 8 jours en 1 ou 2 fois	Du ____/____/____ au ____/____/____	Du ____/____/____ au ____/____/____	
☐ Je suis exploitant(e), possibilité de bénéficier de 15 jours en 1, 2 ou 3 fois	Du ____/____/____ au ____/____/____	Du ____/____/____ au ____/____/____	Du ____/____/____ au ____/____/____
☐ Je suis chômeur indemnisé ou en situation de maintien de Droit aux prestations en espèces au titre de l'article L 161-8, possibilité de bénéficier de 15 jours en 1, 2 ou 3 fois	Du ____/____/____ au ____/____/____	Du ____/____/____ au ____/____/____	Du ____/____/____ au ____/____/____

Ma demande concerne :

- ☐ le décès de mon enfant de moins de 25 ans
- ☐ le décès d'une personne à charge de moins de 25 ans

Pièce à joindre à la demande :

- Une copie de l'acte de décès
- Pour les enfants nés sans vie, un certificat médical attestant que l'enfant avait atteint le seuil de viabilité (22 semaines d'aménorrhée ou un poids de fœtus d'au moins 500 grammes)

Si vous êtes exploitant(e), vous bénéficierez de l'allocation de remplacement. Prenez contact le plus rapidement possible avec le Service de Remplacement de votre département afin de mettre en place le remplacement.

Demande de remplacement :

- Le nom du Service de remplacement :
- Description des travaux à effectuer :
.....
- Le nombre d'heures de remplacement par jour :

Le ____/____/____, Signature