



Direction départementale  
du travail, de l'emploi  
et de la formation  
professionnelle

**ENTREPRISE** .....

**ÉTABLISSEMENT** : .....

**Enregistrement de la demande d'adhésion à la CONVENTION DE PRÉ-RETRAITE PROGRESSIVE**

**IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE : RAISON SOCIALE** |.....|

**ADRESSE** |.....| **CODE NAF** |.....|

**IDENTIFICATION DU SALARIÉ** **CODE POSTAL** |.....| **VILLE** |.....| **CODE NAF** |.....|

**NÉ LE** |.....| **Si n° de SS incomplet : COMMUNE OU PAYS DE NAISSANCE :** ..... **DEPT :** |.....|

**NATIONALITÉ :** ..... **RÉGIME S.S** ..... **DÉPARTEMENT DU LIEU D'ÉTABLISSEMENT** |.....|

**N° SÉCURITÉ SOCIALE** |.....| **N° D'ASSURANCES SOCIALES AGRICOLES** |.....|

**DATE ET N° DE LA CONVENTION** |.....| **PREMIER JOUR DU TRAVAIL A TEMPS PARTIEL** |.....|

**N° Caisse Allocations Familiales** |.....| **Qualification professionnelle :** .....

**M./MME/MLLE** ..... **NOM D'USAGE (en majuscules d'imprimerie)** |.....| **PRÉNOM** |.....|

**NOM DE NAISSANCE** |.....|

**DEMEURANT** |.....| **NOM DE LA VOIE** |.....|

**VILLE** |.....| **N° COMMUNE** |.....| **CODE POSTAL** |.....|

**BUREAU DISTRIBUTEUR** |.....|

**Visa du Directeur départemental du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle :**

**ENTREPRISE** .....

**ÉTABLISSEMENT :** .....

### Enregistrement de la demande d'adhésion à la CONVENTION DE PRÉ-RETRAITE PROGRESSIVE

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE : RAISON SOCIALE																	
ADRESSE																	
IDENTIFICATION DU SALARIÉ				CODE POSTAL				VILLE				CODE NAF					
NÉ LE				Si n° de SS incomplet : COMMUNE OU PAYS DE NAISSANCE :												DEPT :	
NATIONALITÉ :				RÉGIME S.S.				DÉPARTEMENT DU LIEU D'ÉTABLISSEMENT									
N° SÉCURITÉ SOCIALE				N° D'ASSURANCES SOCIALES AGRICOLES								PREMIER JOUR DU TRAVAIL A TEMPS PARTIEL					
DATE ET N° DE LA CONVENTION																	
N° Caisse Allocations Familiales								Qualification professionnelle :									
M./MME/MLLE		NOM D'USAGE (en majuscules d'imprimerie)						PRÉNOM									
NOM DE NAISSANCE																	
DEMEURANT		N°		RUE/BLD/AVE/IMP		NOM DE LA VOIE											
VILLE				N° COMMUNE				CODE POSTAL									
BUREAU DISTRIBUTEUR																	

Je soussigné....., déclare :

- 1° - avoir pris connaissance des termes de la convention de pré-retraite progressive conclue le ..... entre l'État et la Société .....
- 2° - adhérer à cette convention en toute connaissance de cause (1), ce qui implique le paiement, par l'ASSEDIC, de l'allocation de pré-retraite progressive ;
- 3° - n'avoir aucune autre activité professionnelle que celle exercée dans l'entreprise signataire de la convention ;
- 4° - m'engager à déclarer à l'ASSEDIC et à la DDTEFP toute modification intervenant dans ma situation (reprise d'activité complétant mon emploi à temps partiel, demande de liquidation d'avantage vieillesse...).

À ....., le .....

(1) Il est recommandé au salarié de se renseigner sur la nature et le montant de ses droits auprès de l'ASSEDIC compétente en raison du lieu de l'établissement avant d'adhérer à la convention de pré-retraite progressive.

La loi n° 78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'Emploi.



Direction départementale  
du travail, de l'emploi  
et de la formation  
professionnelle

**ENTREPRISE** .....

**ÉTABLISSEMENT** : .....

**Enregistrement de la demande d'adhésion à la CONVENTION DE PRÉ-RETRAITE PROGRESSIVE**

IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE : RAISON SOCIALE			
ADRESSE		CODE NAF	
IDENTIFICATION DU SALARIÉ	CODE POSTAL	VILLE	
NÉ LE	Si n° de SS incomplet : COMMUNE OU PAYS DE NAISSANCE :		DEPT :
NATIONALITÉ :	RÉGIME S.S.	DÉPARTEMENT DU LIEU D'ÉTABLISSEMENT	
N° SÉCURITÉ SOCIALE	N° D'ASSURANCES SOCIALES AGRICOLES		PREMIER JOUR DU TRAVAIL A TEMPS PARTIEL
DATE ET N° DE LA CONVENTION			
N° Caisse Allocations Familiales	Qualification professionnelle :		
M./MME/MLLE	NOM D'USAGE (en majuscules d'imprimerie)		PRÉNOM
NOM DE NAISSANCE			
DEMEURANT	NOM DE LA VOIE		
VILLE	N°	RUE/BLD/AVE/IMP	N° COMMUNE CODE POSTAL
BUREAU DISTRIBUTEUR			

Je soussigné....., déclare :

- 1° - avoir pris connaissance des termes de la convention de pré-retraite progressive conclue le ..... entre l'État et la Société.....
- 2° - adhérer à cette convention en toute connaissance de cause (1), ce qui implique le paiement, par l'ASSEDIC, de l'allocation de pré-retraite progressive ;
- 3° - n'avoir aucune autre activité professionnelle que celle exercée dans l'entreprise signataire de la convention ;
- 4° - m'engager à déclarer à l'ASSEDIC et à la DDTEFP toute modification intervenant dans ma situation (reprise d'activité complétant mon emploi à temps partiel, demande de liquidation d'avantage vieillesse...).

À ....., le .....

(1) Il est recommandé au salarié de se renseigner sur la nature et le montant de ses droits auprès de l'ASSEDIC compétente en raison du lieu de l'établissement avant d'adhérer à la convention de pré-retraite progressive.

La loi n° 78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'Emploi.



Direction départementale  
du travail, de l'emploi  
et de la formation  
professionnelle

**ENTREPRISE** .....

**ÉTABLISSEMENT :** .....

**Enregistrement de la demande d'adhésion à la CONVENTION DE PRÉ-RETRAITE PROGRESSIVE**

**IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE : RAISON SOCIALE** [.....]

**ADRESSE** [.....]

**IDENTIFICATION DU SALARIÉ**    **CODE POSTAL** [.....]    **VILLE** [.....]    **CODE NAF** [.....]

**NÉ LE** [.....]    Si n° de SS incomplet : **COMMUNE OU PAYS DE NAISSANCE :** .....    **DEPT :** [.....]

**NATIONALITÉ :** .....    **RÉGIME S.S** .....    **DÉPARTEMENT DU LIEU D'ÉTABLISSEMENT** [.....]

**N° SÉCURITÉ SOCIALE** .....    **N° D'ASSURANCES SOCIALES AGRICOLES** .....    **PREMIER JOUR DU TRAVAIL A TEMPS PARTIEL** [.....]

**DATE ET N° DE LA CONVENTION** [.....]    **Qualification professionnelle :** [.....]

**N° Caisse Allocations Familiales** [.....]    **Qualification professionnelle :** [.....]

**M./MME/MLLE** .....    **NOM D'USAGE (en majuscules d'imprimerie)** .....    **PRÉNOM** [.....]

**NOM DE NAISSANCE** [.....]

**DEMEURANT** [.....]    **N°** [.....]    **RUE/BLD/AVE/IMP** .....    **NOM DE LA VOIE** [.....]

**VILLE** [.....]    **N° COMMUNE** [.....]    **CODE POSTAL** [.....]

**BUREAU DISTRIBUTEUR** [.....]

Je soussigné....., déclare :

- 1° - avoir pris connaissance des termes de la convention de pré-retraite progressive conclue le ..... entre l'État et la Société .....
- 2° - adhérer à cette convention en toute connaissance de cause (1), ce qui implique le paiement, par l'ASSEDIC, de l'allocation de pré-retraite progressive ;
- 3° - n'avoir aucune autre activité professionnelle que celle exercée dans l'entreprise signataire de la convention ;
- 4° - m'engager à déclarer à l'ASSEDIC et à la DDTEFP toute modification intervenant dans ma situation (reprise d'activité complétant mon emploi à temps partiel, demande de liquidation d'avantage vieillesse...).

À ....., le .....

(1) Il est recommandé au salarié de se renseigner sur la nature et le montant de ses droits auprès de l'ASSEDIC compétente en raison du lieu de l'établissement avant d'adhérer à la convention de pré-retraite progressive.

La loi n° 78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'Emploi.

Direction départementale  
du travail, de l'emploi  
et de la formation  
professionnelle

**ENTREPRISE** \_\_\_\_\_

**ÉTABLISSEMENT** : \_\_\_\_\_

**Enregistrement de la demande d'adhésion à la CONVENTION DE PRÉ-RETRAITE PROGRESSIVE**

**IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE :** RAISON SOCIALE \_\_\_\_\_  
 ADRESSE \_\_\_\_\_  
 CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
**IDENTIFICATION DU SALARIÉ** CODE NAF \_\_\_\_\_  
 NÉ LE \_\_\_\_\_ Si n° de SS incomplet : COMMUNE OU PAYS DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ DEPT : \_\_\_\_\_  
 NATIONALITÉ : \_\_\_\_\_ RÉGIME S.S \_\_\_\_\_ DÉPARTEMENT DU LIEU D'ÉTABLISSEMENT \_\_\_\_\_  
 N° SÉCURITÉ SOCIALE \_\_\_\_\_ N° D'ASSURANCES SOCIALES AGRICOLES \_\_\_\_\_  
 DATE ET N° DE LA CONVENTION \_\_\_\_\_ PREMIER JOUR DU TRAVAIL A TEMPS PARTIEL \_\_\_\_\_  
 N° Caisse Allocations Familiales \_\_\_\_\_ Qualification professionnelle : \_\_\_\_\_  
 M./MME/MLLE \_\_\_\_\_ NOM D'USAGE (en majuscules d'imprimerie) \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_  
 NOM DE NAISSANCE \_\_\_\_\_  
 DEMEURANT \_\_\_\_\_  
 N° RUE/BLD/AVE/IMP \_\_\_\_\_ NOM DE LA VOIE \_\_\_\_\_  
 VILLE \_\_\_\_\_ N° COMMUNE \_\_\_\_\_ CODE POSTAL \_\_\_\_\_  
 BUREAU DISTRIBUTEUR \_\_\_\_\_

Je soussigné \_\_\_\_\_, déclare :

- 1° - avoir pris connaissance des termes de la convention de pré-retraite progressive conclue le \_\_\_\_\_ entre l'État et la Société \_\_\_\_\_
- 2° - adhérer à cette convention en toute connaissance de cause (1), ce qui implique le paiement, par l'ASSEDIC, de l'allocation de pré-retraite progressive ;
- 3° - n'avoir aucune autre activité professionnelle que celle exercée dans l'entreprise signataire de la convention ;
- 4° - m'engager à déclarer à l'ASSEDIC et à la DDTEFP toute modification intervenant dans ma situation (reprise d'activité complétant mon emploi à temps partiel, demande de liquidation d'avantage vieillesse...).

À \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

(1) Il est recommandé au salarié de se renseigner sur la nature et le montant de ses droits auprès de l'ASSEDIC compétente en raison du lieu de l'établissement avant d'adhérer à la convention de pré-retraite progressive.

Je soussigné \_\_\_\_\_, représentant l'entreprise \_\_\_\_\_  
 déclare sur l'honneur :

– Avoir déposé une offre d'emploi le \_\_\_\_\_ auprès de l'agence locale pour l'emploi de (2) \_\_\_\_\_ sous le n° \_\_\_\_\_

– Avoir embauché le \_\_\_\_\_ sous contrat à durée indéterminée et } à temps plein (3)  
 } à temps partiel

dans l'établissement de \_\_\_\_\_ pour compenser le départ en pré-retraite progressive du bénéficiaire ci-dessus désigné :

Nom \_\_\_\_\_ prénom \_\_\_\_\_ sexe \_\_\_\_\_ né le \_\_\_\_\_

inscrit à l'agence locale pour l'emploi de (2) \_\_\_\_\_

sous le n° \_\_\_\_\_ depuis le \_\_\_\_\_, prioritaire en qualité de (4) :

- Jeune de moins de 26 ans dont le niveau de qualification est égal ou inférieur au niveau V de l'éducation nationale.
- Personne seule, demandeur d'emploi et ayant la charge d'au moins un enfant.
- Travailleur handicapé, reconnu comme tel le \_\_\_\_\_ par la COTOREP du département de \_\_\_\_\_
- Chômeur de longue durée - Ayant épuisé ses droits (3) N° du dossier ASSEDIC \_\_\_\_\_
- Bénéficiaire du RMI ou son conjoint.
- Chômeurs âgés de plus de 50 ans.

Nom du précédent employeur \_\_\_\_\_

Date de rupture du contrat de travail \_\_\_\_\_

En cas d'embauche à temps plein mentionner le nom du second bénéficiaire de la pré-retraite progressive ainsi remplacé : \_\_\_\_\_

À \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

(2) Indiquer l'adresse exacte de l'agence locale pour l'emploi concernée.

(3) Rayer la (les) mention(s) inutile(s).

(4) Mettre une croix dans la case correspondante.

La loi n° 78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'Emploi.



Direction départementale  
du travail, de l'emploi  
et de la formation  
professionnelle

ENTREPRISE .....

ÉTABLISSEMENT : .....

### Enregistrement de la demande d'adhésion à la CONVENTION DE PRÉ-RETRAITE PROGRESSIVE

**IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE : RAISON SOCIALE** [.....]  
**ADRESSE** [.....] **CODE NAF** [.....]  
**IDENTIFICATION DU SALARIÉ** **CODE POSTAL** [.....] **VILLE** [.....]  
**NÉ LE** [.....] **Si n° de SS incomplet : COMMUNE OU PAYS DE NAISSANCE :** [.....] **DEPT :** [.....]  
**NATIONALITÉ :** [.....] **RÉGIME S.S** [.....] **DÉPARTEMENT DU LIEU D'ÉTABLISSEMENT** [.....]  
**N° SÉCURITÉ SOCIALE** [.....] **N° D'ASSURANCES SOCIALES AGRICOLES** [.....]  
**DATE ET N° DE LA CONVENTION** [.....] **PREMIER JOUR DU TRAVAIL A TEMPS PARTIEL** [.....]  
**N° Caisse Allocations Familiales** [.....] **Qualification professionnelle :** [.....]  
**M./MME/MLLE** [.....] **NOM D'USAGE (en majuscules d'imprimerie)** [.....] **PRÉNOM** [.....]  
**NOM DE NAISSANCE** [.....]  
**DEMEURANT** [.....] **N°** [.....] **RUE/BLD/AVE/IMP** [.....] **NOM DE LA VOIE** [.....]  
**VILLE** [.....] **N° COMMUNE** [.....] **CODE POSTAL** [.....]  
**BUREAU DISTRIBUTEUR** [.....]

Je soussigné ....., déclare :

- 1° - avoir pris connaissance des termes de la convention de pré-retraite progressive conclue le ..... entre l'État et la Société .....
- 2° - adhérer à cette convention en toute connaissance de cause (1), ce qui implique le paiement, par l'ASSEDIC, de l'allocation de pré-retraite progressive ;
- 3° - n'avoir aucune autre activité professionnelle que celle exercée dans l'entreprise signataire de la convention ;
- 4° - m'engager à déclarer à l'ASSEDIC et à la DDTEFP toute modification intervenant dans ma situation (reprise d'activité complétant mon emploi à temps partiel, demande de liquidation d'avantage vieillesse...).

À ....., le .....

(1) Il est recommandé au salarié de se renseigner sur la nature et le montant de ses droits auprès de l'ASSEDIC compétente en raison du lieu de l'établissement avant d'adhérer à la convention de pré-retraite progressive.

Je soussigné ....., représentant l'entreprise ....., déclare sur l'honneur :

- Avoir déposé une offre d'emploi le ..... auprès de l'agence locale pour l'emploi de (2) ..... sous le n° .....
- Avoir embauché le ..... sous contrat à durée indéterminée et } à temps plein (3)
- } à temps partiel

dans l'établissement de ..... pour compenser le départ en pré-retraite progressive du bénéficiaire ci-dessus désigné :

Nom ..... prénom ..... sexe ..... né le .....

inscrit à l'agence locale pour l'emploi de (2) .....

sous le n° ..... depuis le ....., prioritaire en qualité de (4) :

- Jeune de moins de 26 ans dont le niveau de qualification est égal ou inférieur au niveau V de l'éducation nationale.
- Personne seule, demandeur d'emploi et ayant la charge d'au moins un enfant.
- Travailleur handicapé, reconnu comme tel le ..... par la COTOREP du département de .....
- Chômeur de longue durée - Ayant épuisé ses droits (3) N° du dossier ASSEDIC .....
- Bénéficiaire du RMI ou son conjoint.
- Chômeurs âgés de plus de 50 ans.

Nom du précédent employeur .....

Date de rupture du contrat de travail .....

En cas d'embauche à temps plein mentionner le nom du second bénéficiaire de la pré-retraite progressive ainsi remplacé : .....

À ..... le .....

(2) Indiquer l'adresse exacte de l'agence locale pour l'emploi concernée.

(3) Rayer la (les) mention(s) inutile(s).

(4) Mettre une croix dans la case correspondante.

La loi n° 78-17 du 6 janvier relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire par les personnes physiques. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de la direction départementale du Travail et de l'Emploi.



Direction départementale  
du travail, de l'emploi  
et de la formation  
professionnelle

**ENTREPRISE** .....

**ÉTABLISSEMENT :** .....

**Enregistrement de la demande d'adhésion à la CONVENTION DE PRÉ-RETRAITE PROGRESSIVE**

**IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE :** RAISON SOCIALE [.....]  
 ADRESSE [.....]  
 CODE POSTAL [.....] VILLE [.....] CODE NAF [.....]  
**IDENTIFICATION DU SALARIÉ** Si n° de SS incomplet : COMMUNE OU PAYS DE NAISSANCE : ..... DEPT : .....  
 NÉ LE [.....] NATIONALITÉ : ..... RÉGIME S.S ..... DÉPARTEMENT DU LIEU D'ÉTABLISSEMENT [.....]  
 N° SÉCURITÉ SOCIALE [.....] N° D'ASSURANCES SOCIALES AGRICOLES [.....] PREMIER JOUR DU TRAVAIL A TEMPS PARTIEL [.....]  
 DATE ET N° DE LA CONVENTION [.....] N° Caisse Allocations Familiales [.....] Qualification professionnelle : .....  
 M./MME/MLLE [.....] NOM D'USAGE (en majuscules d'imprimerie) [.....] PRÉNOM [.....]  
 NOM DE NAISSANCE [.....]  
 DEMEURANT [.....] N° [.....] RUE/BLD/AVE/IMP [.....] NOM DE LA VOIE [.....]  
 VILLE [.....] N° COMMUNE [.....] CODE POSTAL [.....]  
 BUREAU DISTRIBUTEUR [.....]

Je soussigné ....., déclare :

- 1° - avoir pris connaissance des termes de la convention de pré-retraite progressive conclue le ..... entre l'État et la Société .....
- 2° - adhérer à cette convention en toute connaissance de cause (1), ce qui implique le paiement, par l'ASSEDIC, de l'allocation de pré-retraite progressive ;
- 3° - n'avoir aucune autre activité professionnelle que celle exercée dans l'entreprise signataire de la convention ;
- 4° - m'engager à déclarer à l'ASSEDIC et à la DDTEFP toute modification intervenant dans ma situation (reprise d'activité complétant mon emploi à temps partiel, demande de liquidation d'avantage vieillesse...).

À ....., le .....

(1) Il est recommandé au salarié de se renseigner sur la nature et le montant de ses droits auprès de l'ASSEDIC compétente en raison du lieu de l'établissement avant d'adhérer à la convention de pré-retraite progressive.

Je soussigné ....., représentant l'entreprise ..... déclare sur l'honneur :

- Avoir déposé une offre d'emploi le ..... auprès de l'agence locale pour l'emploi de (2) ..... sous le n° .....
- Avoir embauché le ..... sous contrat à durée indéterminée et } à temps plein (3)  
 } à temps partiel

dans l'établissement de ..... pour compenser le départ en pré-retraite progressive du bénéficiaire ci-dessus désigné :

Nom ..... prénom ..... sexe ..... né le .....

inscrit à l'agence locale pour l'emploi de (2) .....

sous le n° ..... depuis le ....., prioritaire en qualité de (4) :

- Jeune de moins de 26 ans dont le niveau de qualification est égal ou inférieur au niveau V de l'éducation nationale.
- Personne seule, demandeur d'emploi et ayant la charge d'au moins un enfant.
- Travailleur handicapé, reconnu comme tel le ..... par la COTOREP du département de .....
- Chômeur de longue durée - Ayant épuisé ses droits (3) N° du dossier ASSEDIC .....
- Bénéficiaire du RMI ou son conjoint.
- Chômeurs âgés de plus de 50 ans.

Nom du précédent employeur .....

Date de rupture du contrat de travail .....

En cas d'embauche à temps plein mentionner le nom du second bénéficiaire de la pré-retraite progressive ainsi remplacé : .....

À ..... le .....

(2) Indiquer l'adresse exacte de l'agence locale pour l'emploi concernée.

(3) Rayer la (les) mention(s) inutile(s).

(4) Mettre une croix dans la case correspondante.