

# Annexe n° 6 - Modèle de bulletin de paie

1 **BULLETIN DE PAIE** du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
 2 **NOM du salarié :** \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 3 **Adresse :** \_\_\_\_\_  
 4 **N° Immatriculation sécurité sociale du salarié :** \_\_\_\_\_  
 5 **Convention collective nationale des assistants maternels du particulier employeur**  
 6 **Emploi : Assistant maternel**  
 7 **Congés :** du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

8 **SALAIRE MENSUEL BRUT**  
 9 **Salaires mensualisés brut de base :** nombre d'heures ..... x ..... €/h = \_\_\_\_\_ €  
 10 **Heures complémentaires :** nombre d'heures ..... x ..... €/h = \_\_\_\_\_ €  
 11 **Heures majorées :** nombre d'heures ..... x ..... €/h = \_\_\_\_\_ €  
 12 **Accueil occasionnel :** nombre d'heures ..... x ..... €/h = \_\_\_\_\_ €  
 13 **Absences :** \_\_\_\_\_ €  
 14 **Congés payés :** \_\_\_\_\_ €  
 15 **Divers :** \_\_\_\_\_ €  
 16 \_\_\_\_\_ €

17 **SALAIRE BRUT TOTAL** ..... €

18 **A déduire**  
 19 **Part salariale des cotisations sociales**  
 20  
 21 **SECURITE SOCIALE**  
 22 **RETRAITE COMPLEMENTAIRE**  
 23 **AGFF**  
 24 **ASSEDIC**  
 25 **PREVOYANCE**  
 26  
 27  
 28 **C.S.G. déductible**  
 29 **C.S.G. et C.R.D.S. non déductibles**

BASE (salaire brut)	TAUX	MONTANT
_____	_____ %	_____ €
_____	_____ %	_____ €
_____	_____ %	_____ €
_____	_____ %	_____ €
_____	_____ %	_____ €
<b>97% du salaire brut</b>	<b>TAUX</b>	<b>MONTANT</b>
_____	_____ %	_____ €
_____	_____ %	_____ €

30 **Total des retenues (lignes 21 à 29)** - \_\_\_\_\_ €

**SALAIRE NET**

31  
 32 **A ajouter : indemnités**  
 33 **Fournitures, entretien :** nombre de jours : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ € = \_\_\_\_\_ €  
 34 **Nourriture - repas :** nombre : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ € = \_\_\_\_\_ €  
 35 **Déplacement :** nombre de km : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ € = \_\_\_\_\_ €  
 36 **Divers** \_\_\_\_\_ €

37 **Total à ajouter (lignes 33 à 36)** + \_\_\_\_\_ €

38 **NET A PAYER (lignes 31 + 37)**

39 **Acomptes versés** - \_\_\_\_\_ €

40 **Solde à verser**

41 **NOM de l'employeur :** \_\_\_\_\_  
 42 **Adresse** \_\_\_\_\_  
 43 **U.R.S.S.A.F. de :** \_\_\_\_\_ **N° :** \_\_\_\_\_ **ou N° PAJEMPLOI :** \_\_\_\_\_  
 44 **N° d'identification employeur** \_\_\_\_\_

45 **Part patronale des cotisations sociales**  
 46  
 47 **SECURITE SOCIALE**  
 48 **RETRAITE COMPLEMENTAIRE**  
 49 **AGFF**  
 50 **ASSEDIC**  
 51 **PREVOYANCE**  
 52 **FORMATION PROFESSIONNELLE**

BASE (salaire brut)	TAUX	MONTANT
_____	_____ %	_____ €
_____	_____ %	_____ €
_____	_____ %	_____ €
_____	_____ %	_____ €
_____	_____ %	_____ €
_____	_____ %	_____ €

53 **Total des cotisations patronales** \_\_\_\_\_ €

**Pour information**

54	Net à payer (ligne 38) :	Nombre de jours d'accueil effectués :
55	C.S.G. et C.R.D.S. non déductibles (ligne 29) :	Nombre d'heures d'accueil effectuées :
56	<b>Montant imposable (ligne 35 + 56) :</b>	
57		
58		
59		

60 **Date de paiement**  
 61 **Signature de l'Employeur**