**RELEVÉ TRIMESTRIEL DE TRAITEMENTS**

**POUR LE TRIMESTRE 20 ..**

Collectivité : ………………………………………………………… Agent : ………………………………………………………………..

Cadre à compléter par la collectivité

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mois  | Mois | Mois | Total |
| …………………. | …………………. | …………………. |  |
| TRAITEMENT BRUT 1 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Traitement de base mensuel ……………………… | …………………. | …………………. | …………………. |  |
| Indemnité de résidence ................................ | …………………. | …………………. | …………………. |  |
| Supplément familial ...................................... | …………………. | …………………. | …………………. |  |
| Primes et indemnités (préciser) .................... | …………………. | …………………. | …………………. |  |
| ....................................................................... | …………………. | …………………. | …………………. |  |
|  |  |  |  |  |
| COTISATIONS PATRONALES |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |  |
| Fait à ................................................., le ...........................................Signature et cachet du Maire – Président |

Cadre réservé au Centre de Gestion

 Masse salariale retenue ...............................................................

 Coefficient de remboursement ...............................................................

 **MONTANT A REMBOURSER** ...............................................................

Arrêté le présent état à la somme Fait à ISNEAUVILLE, le ................................

de ............................................. Le Président,

..................................................

..................................................

(1) Joindre toutes les fiches de paie correspondantes