

<b>1 ATTESTATION (AEM)</b>		<b>MOIS DE</b>	07 2017	Attestation N°	YKHK000236	90
<b>AEM</b>	Initiale <input checked="" type="checkbox"/>	Complémentaire <input type="checkbox"/>	Rectificative Positive <input type="checkbox"/>	Négative <input checked="" type="checkbox"/>	Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le N° de L'ATTESTATION INITIALE	

<b>2 EMPLOYEUR</b>						
N° SIRET	79906705300022		Code APE/NAF	9002Z	N° d'affiliation au centre de recouvrement	80003186652
Raison sociale ou nom	ASSOCIATION 7 LIEUX			Tél	0622246812 Fax	
Code Postal	59100	Commune	ROUBAIX		Courriel	catherine.pomar@groupeacoop.org
Licence de spectacle	OUI <input checked="" type="checkbox"/>	N° :	2-1076640	NON <input type="checkbox"/>	Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>
Entreprise titulaire du label "prestataire de service du spectacle vivant"	OUI <input checked="" type="checkbox"/>	N° du Label	784	NON <input type="checkbox"/>	N° d'affiliation à la caisse des Congés spectacles	OUI <input checked="" type="checkbox"/> 103267001Q NON <input type="checkbox"/>

<b>3 SALARIE</b>						
<b>Nom de naissance</b>	THELLIER		Prénom	CHRISTIAN		
<b>Nom d'usage</b> <small>(Nom d'épouse, etc.)</small>						
NIR	172086276702766		Date de naissance	30 08 1972		
Adresse	23, RUE DE LA CENSE AUX BLES					
Code Postal	59000	Commune	LILLE			
Le salarié a-t-il un lien de parenté avec le chef d'entreprise ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input checked="" type="checkbox"/>	Si oui, lequel ? <small>(Conjoint, Enfant, etc.)</small>			

<b>4 PRESTATION DE TRAVAIL</b>												
Emploi occupé	REGISSEUR DE SCENE											
Régime de retraite complémentaire	IRPS	Cadre	Non Cadre <input checked="" type="checkbox"/>	Réalisateur <input type="checkbox"/>	Artiste <input type="checkbox"/>	Technicien <input checked="" type="checkbox"/> Ouvrier						
Date embauche <small>(Date de début du contrat)</small>	20 07 2017	Contrat en cours	Sinon		Date de fin du contrat de travail	21 07 2017						
<table border="1"> <tr> <td>Ouvriers / Techniciens Nombre d'heures effectuées</td> <td>Artistes / Réalisateur Nombre de cachets * isolés groupés</td> <td>Dans tous les cas Nombre de jours travaillés</td> </tr> <tr> <td>12 et/ou</td> <td></td> <td>2</td> </tr> </table>			Ouvriers / Techniciens Nombre d'heures effectuées	Artistes / Réalisateur Nombre de cachets * isolés groupés	Dans tous les cas Nombre de jours travaillés	12 et/ou		2	<b>Motif de cessation du contrat de travail :</b> Fin de contrat de travail à durée déterminée <input checked="" type="checkbox"/> Rupture anticipée à l'initiative de l'employeur ou du salarié			
Ouvriers / Techniciens Nombre d'heures effectuées	Artistes / Réalisateur Nombre de cachets * isolés groupés	Dans tous les cas Nombre de jours travaillés										
12 et/ou		2										
* Uniquement pour les artistes et les réalisateurs (voir notice)			Numéro Objet 174Z33683077									

<b>REMUNERATIONS VERSEES AU COURS DU MOIS</b>						
SALAIRES BRUTS avant déduction pour frais professionnels	243,00	SALAIRES BRUTS après déduction pour frais professionnels	243,00	TAUX	14,45 %	CONTRIBUTIONS DUES
			X		=	35,00
AUTRES REMUNERATIONS		(Dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale)	X	Inscrire le taux en vigueur	% =	
					<b>TOTAL</b> =	35,00

<b>5 AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR</b>						
Je soussigné(e), Nom	ARNAUD		Prénom	ALEXANDRE		
agissant en qualité de	PRESIDENT					
certifie que les renseignements indiqués sur la présente attestation sont exacts et, notamment, en cas de cessation du contrat que le motif de la rupture est le suivant				Fin de CDD		
Fait à	ROUBAIX		le	21 07 2017		
Personne à joindre concernant cette attestation	POMAR		Signature de l'employeur ou de son représentant :			
Téléphone	07 81 59 83 44					

Toute fausse déclaration est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 4 000 euros (art. L 365-1 du Code du Travail)

**Vous devez conserver cette attestation mensuelle.**