

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS 0 5 20 1 8
en chiffre

ATTESTATION N° YPW0000058

14

AEM INITIALE COMPLÉMENTAIRE

RECTIFICATIVE POSITIVE

OU NÉGATIVE

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

N° DE L'ATTESTATION INITIALE

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET 80504319700013

Code APE/NAF 9001Z

N° d'affiliation 80003210367
au centre de recouvrement

N° IDCC 1285

Si différent, N°IDCC de la prestation de travail

Raison Sociale ou nom ASS GROUPE A - COOPERATIVE CULTURELLE

Code postal 59000 Commune LILLE

Téléphone

Courriel catherine.pomar@grou

Êtes-vous titulaire d'un ou d'une :

Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an) OUI NON X

 Licence du spectacle N° 2-1083823

N° d'affiliation à la caisse de congés spectacles OUI X 103583001T NON

Label N°

Certification Sociale N° CS

3/ SALARIÉ

Nom de famille ARNAUD
(Nom de naissance)

Prénom ALEXANDRE

Nom d'usage
(Nom d'épouse, etc.)

NIR 168063002833663

Date de naissance 30 06 1968

Ressortissant français Ressortissant JE Ressortissant EEE Ressortissant hors UE et EEE

Adresse 12, RUE D'ARTOIS

Code postal 59000

Commune LILLE

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé REGISSEUR GENERAL

Numéro d'objet 157Z36579374

Régime de retraite complémentaire AGIRC

Cadre Non cadre

Réalisateur

Artiste

Technicien OuvrierDate d'embauche 21 05 2018
(Date de début du contrat)

Contrat en cours Sinon

Date de fin du contrat de travail 21 05 2018

Motif de cessation du contrat de travail :

> Fin de contrat de travail à durée déterminée

> Rupture anticipée à l'initiative :

du salarié

d'un commun accord

de l'employeur

En ce cas, terme initialement prévu

Nombre d'HEURES effectuées	Nombre de CACHETS* isolés groupés	Dans tous les cas Nombre de JOURS travaillés
8		1

*uniquement pour les artistes (voir notice)

Rémunérations versées au cours du mois

SALAIRES BRUTS

202,43

SALAIRES BRUTS

soumis à contributions d'assurance chômage*

202,43

X

TAUX

13,05 %

inscrire le taux en vigueur

CONTRIBUTIONS DUES

26,00

AUTRES RÉMUNÉRATIONS +

X

%

=

TOTAL

=

26,00

*Dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), Nom NOBILI

Prénom CLIVIA

agissant en qualité de PRESIDENTE

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 LILLE

le 21 05 2018

Signature de l'employeur

ou de son représentant légal

Personne à joindre concernant cette attestation POMAR

Téléphone 07 81 59 83 44

Groupe GHS Coopérative culturelle
Association Loi 1901 - N°W595024063
12, rue d'Artois - 59000 Lille - France
N°SIRET : 805 043 197 00013

Toute fausse déclaration est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 30 000 euros

Vous devez conserver cette attestation mensuelle