

## 1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS 0 5 20 1 8  
en chiffre

ATTESTATION N° ENEH002631

43

AEM INITIALE 

COMPLÉMENTAIRE

RECTIFICATIVE POSITIVE

OU NÉGATIVE

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

N° DE L'ATTESTATION INITIALE

## 2/ EMPLOYEUR

N° SIRET 49075316700025

Code APE/NAF 9001Z

N° d'affiliation 80002946009  
au centre de recouvrement

N° IDCC 1285

Si différent, N°IDCC de la prestation de travail

Raison Sociale AMICALE DE PRODUCTION  
ou nom

Code postal 59000

Commune LILLE

Téléphone

Courriel kevin@amicaledeprodu

Êtes-vous titulaire d'un ou d'une :

Organisateur occasionnel de spectacle  
(Maximum 6 représentations par an)

OUI

NON  Licence du spectacle N° 2-1044515N° d'affiliation à la caisse  
de congés spectaclesOUI 

93877001T

NON

Label N°

Certification Sociale N° CS

## 3/ SALARIÉ

Nom de famille  
(Nom de naissance)  
Nom d'usage  
(Nom d'épouse, etc.)  
NIR

ARNAUD

Prénom ALEXANDRE

168063002833663

Date de naissance 30 06 1968

Ressortissant français  Ressortissant UE Ressortissant EEE Ressortissant hors UE et EEE

Adresse 12 RUE D'ARTOIS

Code postal 59000

Commune LILLE

## 4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé REGISSEUR

Numéro d'objet 106Z19456835

Régime de retraite  
complémentaire

ARRCO

Cadre

Non  
cadre 

Réalisateur

Artiste

Technicien 

Ouvrier

Date d'embauche 24 05 2018  
(Date de début du contrat)

→ Contrat en cours Sinon →

Date de fin du contrat de travail 24 05 2018

Motif de cessation du contrat de travail :

> Fin de contrat de travail à durée déterminée 

&gt; Rupture anticipée à l'initiative :

du salarié

d'un commun accord

de l'employeur

En ce cas, terme initialement prévu

Nombre d'HEURES  
effectuées

4

ET/OU

Nombre de  
CACHETS \*

isolés groupés

Dans tous les cas  
Nombre de JOURS  
travaillés

1

\*uniquement pour les artistes (voir notice)

## Rémunérations versées au cours du mois

SALAIRES BRUTS

80,00

AUTRES RÉMUNÉRATIONS +

SALAIRES BRUTS

soumis à contributions d'assurance chômage \*

80,00

X

TAUX

13,05 %

Inscrire le taux en vigueur

CONTRIBUTIONS DUES

10,00

X

%

=

TOTAL

=

10,00

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

## 5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), Nom WATTIER

Prénom EMMANUELLE

agissant en qualité de GERANTE

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 24 05 2018

Signature de l'employeur

ou de son représentant légal

Personne à joindre concernant cette attestation DEFFRENNES

Téléphone 09 73 51 03 27

Toute fausse déclaration est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 30 000 euros (Art. L. 5429-1 du code du travail)

Vous devez conserver cette attestation mensuelle