

1 ATTESTATION (AEM)	MOIS DE 10 2017	Attestation N°	ENEH002470	76
AEM Initiale <input checked="" type="checkbox"/> Complémentaire	Rectificative Positive	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 au centre de recouvrement	80002946009
Raison sociale ou nom	AMICALE DE PRODUCTION		Tél	Fax	
Code Postal	59000	Commune	LILLE	Courriel	kevin@amicaledeproduction.com
Licence de spectacle	OUI <input checked="" type="checkbox"/>	N°: 2-1044515	NON	Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an)	OUI NON <input checked="" type="checkbox"/>
Entreprise titulaire du label "prestataire de service du spectacle vivant"	OUI	N° du Label	NON <input checked="" type="checkbox"/>	N° d'affiliation à la caisse des Congés spectacles	OUI <input checked="" type="checkbox"/> 93877001T NON

3 SALARIE				
Nom de naissance	ARNAUD	Prénom	ALEXANDRE	
Nom d'usage (Nom d'épouse, etc.)				
NIR	168063002833663	Date de naissance	30 06 1968	
Adresse	12 RUE D'ARTOIS			
Code Postal	59000	Commune	LILLE	
Le salarié a-t-il un lien de parenté avec le chef d'entreprise ?	OUI	NON <input checked="" type="checkbox"/>	Si oui, lequel ? (Conjoint, Enfant, etc.)	

4 PRESTATION DE TRAVAIL								
Emploi occupé	REGISSEUR							
Régime de retraite complémentaire	IRPS	Cadre	Non Cadre <input checked="" type="checkbox"/>	Réalisateur	Artiste	Technicien <input checked="" type="checkbox"/>	Ouvrier	
Date embauche (Date de début du contrat)	07 10 2017	Contrat en cours	Sinon		Date de fin du contrat de travail	07 10 2017		
Ouvriers / Techniciens Nombre d'heures effectuées		Artistes / Réalisateur Nombre de cachets * isolés groupés		Dans tous les cas Nombre de jours travaillés		Motif de cessation du contrat de travail :		
4 et/ou				1		Fin de contrat de travail à durée déterminée <input checked="" type="checkbox"/>		
						Rupture anticipée à l'initiative de l'employeur ou du salarié		
						Numéro Objet 106Z19456835		

REMUNERATIONS VERSEES AU COURS DU MOIS							
SALAIRES BRUTS avant déduction pour frais professionnels	80,00	SALAIRES BRUTS après déduction pour frais professionnels	80,00	TAUX	14,50 %	CONTRIBUTIONS DUES	12,00
			<input checked="" type="checkbox"/>				
AUTRES REMUNERATIONS			<input checked="" type="checkbox"/>		%		
						TOTAL	12,00

5 AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR				
Je soussigné(e), Nom	WATTIER	Prénom	EMMANUELLE	
agissant en qualité de	DIRECTRICE			
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	07 10 2017	
Personne à joindre concernant cette attestation	DEFFRENNES			
Téléphone	09 73 51 03 27			
	Signature de l'employeur ou de son représentant :			

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.