

**1/ ATTESTATION (AEM)** MOIS **0 6 20 1 8** ATTESTATION N° **YPW0000068** **24**  
 en chiffre Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le  
 AEM INITIALE  COMPLÉMENTAIRE RECTIFICATIVE POSITIVE OU NÉGATIVE **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 **OUI NON X**  
 (Maximum 6 représentations par an)  
 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 (Nom de naissance) **ARNAUD** Prénom **ALEXANDRE**  
 Nom d'usage (Nom d'épouse, etc.) **168063002833663** NIR  
 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 **TECHNICIEN DE PLATEAU** Numéro d'objet **157Z36579374**  
 Régime de retraite complémentaire **ARRCO** Cadre  Non cadre  Réalisateur Artiste Technicien  Ouvrier  
 Date d'embauche **04 06 2018** (Date de début du contrat) **Contrat en cours** Sinon **Date de fin du contrat de travail 04 06 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
<b>8</b>		<b>1</b>

 \*uniquement pour les artistes (voir notice)  
**Rémunérations versées au cours du mois**  

SALAIRES BRUTS	SALAIRES BRUTS soumis à contributions d'assurance chômage*	TAUX	CONTRIBUTIONS DUES
<b>202,43</b>	<b>202,43</b>	<b>13,05 %</b>	<b>26,00</b>
AUTRES RÉMUNÉRATIONS <input checked="" type="checkbox"/>		%	=
		%	=
<b>TOTAL</b>			<b>26,00</b>

 \*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 **04 06 2018** Signature de l'employeur ou de son représentant légal  
 Personne à joindre concernant cette attestation **POMAR**  
 Téléphone **07 81 59 83 44**

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