

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS 0 5 20 1 8
en chiffre

ATTESTATION N° YTD7000152

15

AEM INITIALE

COMPLÉMENTAIRE

RECTIFICATIVE POSITIVE

OU NÉGATIVE

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

N° DE L'ATTESTATION INITIALE

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET 33982113400048

Code APE/NAF 9001Z

N° d'affiliation 80002449048
au centre de recouvrement

N° IDCC 1285

Si différent, N°IDCC de la prestation de travail

Raison Sociale ATTACAFA
ou nom

Téléphone 0320315531

Code postal 59000

Commune LILLE

Courriel heloise@attacafa.com

Êtes-vous titulaire d'un ou d'une :

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

Licence du spectacle N° 21086303

N° d'affiliation à la caisse de congés spectacles OUI X 046008001W NON

Label N°

Certification Sociale N° CS

3/ SALARIÉ

Nom de famille ARNAUD
(Nom de naissance)
Nom d'usage ALEX
(Nom d'épouse, etc.)
NIR 168063002833663

Prénom ALEXANDRE

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 GENERAL

Numéro d'objet 187Z78928897

Régime de retraite complémentaire

AGIRC

Cadre Non cadre

Réalisateur

Artiste

Technicien

Ouvrier

Date d'embauche 01 05 2018
(Date de début du contrat)

→ Contrat en cours Sinon →

Date de fin du contrat de travail 01 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

8

Nombre de CACHETS*
isolés groupés

ET/OU

Dans tous les cas
Nombre de JOURS travaillés

1

*uniquement pour les artistes (voir notice)

Rémunérations versées au cours du mois

SALAIRES BRUTS

199,84

SALAIRES BRUTS

soumis à contributions d'assurance chômage*

199,84

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 NIQUET CHATELET

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 01 05 2018

Signature de l'employeur

ou de son représentant légal

Personne à joindre concernant cette attestation ROUX HELOISE

Téléphone 03 20 31 55 31

ATTACAFA
109 rue de Douai 59000 LILLE
00 33 20 31 55 31
Licence entrepreneur de spectacle n° 2-10 86303
Code APE 9001Z SIRET 339 821 134 000 22
www.attacafa.com

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