

12, rue d'Artois

Période 04/03/18 au 07/03/18

59000 Lille

Dates travaillées du 4 au 7/03/18

Siret 805 043 197 00013

Code APE 9001Z

Règlement 07/03/18

Numéro d'objet 18 7Z 804604 10

Convention Collective : Entreprises artistiques et culturelles

Analytique HABITARIUM

Emploi	Régisseur général	Alexandre ARNAUD		
Statut	Cadre	91, rue de Conde		
NIR	1 68 06 30 028 336 63	59000	Lille	
N° Congés Sp.	D 078 226			
libellé	base	Taux salarial	Part salarié	Part employeur
4 Journée(s) de 8 heures Salaire brut	130,00		520,00 520,00	
SANTE Sécurité Sociale-Maladie Maternité Invalidité Décès Complémentaire Incapacité Invalidité Décès				67,60 7,80
ACCIDENTS DU TRAVAIL-MALADIES PROFESSIONNELLES				8,84
RETRAITE Sécurité Sociale plafonnée Sécurité Sociale déplafonnée Complémentaire Tranche A Complémentaire Garantie Minimale de Points	520,00 520,00 520,00 77,92	6,900 % 0,400 % 4,800 % 7,800 %	35,88 2,08 24,96 6,08	44,46 9,88 27,56 9,93
FAMILLE-SECURITE SOCIALE				17,94
ASSURANCE CHÔMAGE Chômage APEC	520,00 520,00	3,350 % 0,024 %	17,42 0,12	47,84 0,19
CONGES SPECTACLES				76,44
AUTRES CONTRIBUTIONS DUES PAR L'EMPLOYEUR				17,82
COTISATIONS PREVUES PAR LA CONVENTION COLLECTIVE				7,80
CSG non imposable à l'impôt sur le revenu	518,70	6,800 %	35,27	
CSG/CRDS imposable à l'impôt sur le revenu	518,70	2,900 %	15,04	
Total des Cotisations et Contributions			136,85	344,10
Salaire net			383,15	

BASE	Période	Cumul
Heures	32,00	32,00
Jours	4,00	4,00
Salaire brut	520,00	520,00
Net imposable	398,19	398,19

Net payé	
383,15 €	
Total versé par l'employeur	Allègement de cotisations
864,10 €	0,00 €

12, rue d'Artois

Période 12/03/18 au 13/03/18

59000 Lille

Dates travaillées du 12 au 13/03/18

Siret 805 043 197 00013
Code APE 9001Z

Règlement 13/03/18

Convention Collective : Entreprises artistiques et culturelles

Numéro d'objet 18 7Z 804604 10

Analytique HABITARIUM

Emploi	Régisseur général	Alexandre ARNAUD		
Statut	Cadre	91, rue de Conde		
NIR	1 68 06 30 028 336 63	59000	Lille	
N° Congés Sp.	D 078 226			
libellé	base	Taux salarial	Part salarié	Part employeur
2 Journée(s) de 8 heures Salaire brut	130,00		260,00 260,00	
SANTE Sécurité Sociale-Maladie Maternité Invalidité Décès Complémentaire Incapacité Invalidité Décès				33,80 3,90
ACCIDENTS DU TRAVAIL-MALADIES PROFESSIONNELLES				4,42
RETRAITE Sécurité Sociale plafonnée Sécurité Sociale déplafonnée Complémentaire Tranche A Complémentaire Garantie Minimale de Points	260,00 260,00 260,00 38,96	6,900 % 0,400 % 4,800 % 7,800 %	17,94 1,04 12,48 3,04	22,23 4,94 13,78 4,97
FAMILLE-SECURITE SOCIALE				8,97
ASSURANCE CHÔMAGE Chômage APEC	260,00 260,00	3,350 % 0,024 %	8,71 0,06	23,92 0,09
CONGES SPECTACLES				38,22
AUTRES CONTRIBUTIONS DUES PAR L'EMPLOYEUR				8,91
COTISATIONS PREVUES PAR LA CONVENTION COLLECTIVE				3,90
CSG non imposable à l'impôt sur le revenu	259,35	6,800 %	17,64	
CSG/CRDS imposable à l'impôt sur le revenu	259,35	2,900 %	7,52	
Total des Cotisations et Contributions			68,43	172,05
Salaire net			191,57	

BASE	Période	Cumul
Heures	16,00	48,00
Jours	2,00	6,00
Salaire brut	260,00	780,00
Net imposable	199,09	597,28

Net payé	
191,57 €	
Total versé par l'employeur	Allègement de cotisations
432,05 €	0,00 €

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS 0 3 20 1 8
en chiffre

ATTESTATION N° YPW0000041

94

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

Téléphone

Code postal 59000

Commune LILLE

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° 2-1083823N° 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)
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 91, RUE DE CONDE

Code postal 59000

Commune LILLE

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé REGISSEUR GENERAL

Numéro d'objet 187Z80460410

Régime de retraite
complémentaire

AGIRC

Cadre Non
cadre

Réalisateur

Artiste

Technicien

Ouvrier

Date d'embauche 04 03 2018
(Date de début du contrat)

→ Contrat en cours Sinon →

Date de fin du contrat de travail 07 03 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
effectuéesNombre de
CACHETS *Dans tous les cas
Nombre de JOURS
travaillés

32

ET/OU

isolés groupés

4

*uniquement pour les artistes (voir notice)

Rémunérations versées au cours du mois

SALAIRES BRUTS

520,00

SALAIRES BRUTS

soumis à contributions d'assurance chômage *

520,00

X

TAUX

13,05 %

=

CONTRIBUTIONS DUES

68,00

AUTRES RÉMUNÉRATIONS +

X

%

=

TOTAL

=

68,00

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

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), Nom CABILLE

Prénom EMMANUELLE

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 07 03 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

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS 0 3 20 1 8
en chiffre

ATTESTATION N° YPW0000042

95

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

Téléphone

Code postal 59000

Commune LILLE

Courriel

catherine.pomar@grou

Êtes-vous titulaire d'un ou d'une :

Organisateur occasionnel de spectacle
(Maximum 6 représentations par an)

OUI

NON Licence du spectacle N° 2-1083823N° d'affiliation à la caisse
de congés spectaclesOUI

103583001T

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 91, RUE DE CONDE

Code postal 59000

Commune LILLE

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé REGISSEUR GENERAL

Numéro d'objet 187Z80460410

Régime de retraite
complémentaire

AGIRC

Cadre Non
cadre

Réalisateur

Artiste

Technicien

Ouvrier

Date d'embauche 12 03 2018
(Date de début du contrat)

→ Contrat en cours Sinon →

Date de fin du contrat de travail 13 03 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
effectuéesNombre de
CACHETS *

Dans tous les cas

ET/OU

isolés groupés

Nombre de JOURS
travaillés

16

2

*uniquement pour les artistes (voir notice)

Rémunérations versées au cours du mois

SALAIRES BRUTS

260,00

SALAIRES BRUTS

soumis à contributions d'assurance chômage *

260,00

X

TAUX

13,05 %

CONTRIBUTIONS DUES

34,00

AUTRES RÉMUNÉRATIONS +

X

%

=

Inscrire le taux en vigueur

TOTAL

=

34,00

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

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), Nom CABILLE

Prénom EMMANUELLE

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 13 03 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

ALEXANDRE ARNAUD

91, rue de Conde

59000 Lille

**CERTIFICAT D'EMPLOI
DESTINÉ AU SALARIÉ**

LES CONGES SPECTACLES
Audiens TSA 30400 92177 Vanves Cedex

Information des Intermittents
www.audiens.org

Tél. : 0 173 173 434
de 9h30 à 18 h : accueil sur place et téléphone

Si vous n'êtes pas inscrit à notre Caisse, contactez-nous à l'adresse ci-dessus mentionnée afin que nous procédions à votre immatriculation.
Votre demande de congé doit être adressée chaque année, quinze jours au moins avant votre départ en congé, dûment complétée et signée. Votre formulaire de demande de congé vous sera adressé automatiquement chaque début d'année en même temps que les sommes à déclarer à l'administration fiscale. Si tel n'est pas le cas, vous pouvez le demander par courrier ou 24h/24h : sur notre site internet ou notre serveur vocal téléphonique.
La loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel s'applique aux informations portées sur ce certificat. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès du service Information des Intermittents.

N° SIRET 805043197 00013 COMPTE 0103583001T N° CE 74

NIR 1680630028336 63 ASS GROUPE A - COOPERATIVE C

NOM DE NAISSANCE	ARNAUD	PRENOM	ALEXANDRE
NOM D'USAGE		PSEUDONYME	
EMPLOI	REGISSEUR GENERAL		
CADRE	OUI		

————— DATES DE TRAVAIL ————— NB JOURS OU CACHETS

DEBUT 04 03 2018 FIN 07 03 2018 4

BASE CONGE	520	SALAIRE BRUT	520
Arrondi à l'euro le plus proche		Arrondi à l'euro le plus proche	

Date : 07/03/18

Nom du signataire CABILLE
Signature

N° d'agrément : 2005/01

ALEXANDRE ARNAUD

91, rue de Conde

59000 Lille

**CERTIFICAT D'EMPLOI
DESTINÉ AU SALARIÉ**

LES CONGES SPECTACLES
Audiens TSA 30400 92177 Vanves Cedex

Information des Intermittents
www.audiens.org

Tél. : 0 173 173 434
de 9h30 à 18 h : accueil sur place et téléphone

Si vous n'êtes pas inscrit à notre Caisse, contactez-nous à l'adresse ci-dessus mentionnée afin que nous procédions à votre immatriculation.

Votre demande de congé doit être adressée chaque année, quinze jours au moins avant votre départ en congé, dûment complétée et signée. Votre formulaire de demande de congé vous sera adressé automatiquement chaque début d'année en même temps que les sommes à déclarer à l'administration fiscale. Si tel n'est pas le cas, vous pouvez le demander par courrier ou 24h/24h : sur notre site internet ou notre serveur vocal téléphonique.

La loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel s'applique aux informations portées sur ce certificat. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès du service Information des Intermittents.

N° SIRET 805043197 00013 COMPTE 0103583001T N° CE 75

NIR 1680630028336 63

ASS GROUPE A - COOPERATIVE C

NOM DE NAISSANCE

ARNAUD

PRENOM

ALEXANDRE

NOM D'USAGE

PSEUDONYME

EMPLOI

REGISSEUR GENERAL

CADRE

OUI

DATES DE TRAVAIL

NB JOURS OU CACHETS

DEBUT 12 03 2018 FIN 13 03 2018

2

BASE CONGE

260

SALAIRE BRUT

260

Arrondi à l'euro le plus proche

Arrondi à l'euro le plus proche

Date :

13/03/18

Nom du signataire

CABILLE

Signature

N° d'agrément : 2005/01