

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS 1 2 20 1 7
en chiffre

ATTESTATION N° EKZ8003155

46

AEM INITIALE COMPLÉMENTAIRE RECTIFICATIVE POSITIVE OU NÉGATIVE

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

N° DE L'ATTESTATION INITIALE

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET 32740924900056

Code APE/NAF 9001Z

N° d'affiliation 80000099414
au centre de recouvrement

N° IDCC 1285

Si différent, N°IDCC de la prestation de travail

Raison Sociale DANSE A LILLE
ou nom

Téléphone 0320207030

Code postal 59100 Commune ROUBAIX

Courriel comptabilite@gymnase

Êtes-vous titulaire d'un ou d'une :

Organisateur occasionnel de spectacle OUI NON X
(Maximum 6 représentations par an) Licence du spectacle N° 1-1062222N° d'affiliation à la caisse
de congés spectacles

OUI X 19393 001

NON

Label N°

Certification Sociale N° CS

3/ SALARIÉ

Nom de famille ARNAUD
(Nom de naissance)

Prénom ALEXANDRE

Nom d'usage
(Nom d'épouse, etc.)
NIR

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 177Z17387374

Régime de retraite
complémentaire ARRCO

Cadre

Non
cadre

Réalisateur

Artiste

Technicien

Ouvrier

Date d'embauche 08 12 2017
(Date de début du contrat)

→ Contrat en cours Sinon →

Date de fin du contrat de travail 08 12 2017

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

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

53,00

SALAIRES BRUTS

soumis à contributions d'assurance chômage *

53,00

X

TAUX

14,50 %

↳ inscrire le taux en vigueur

CONTRIBUTIONS DUES

8,00

AUTRES RÉMUNÉRATIONS +

X

%

=

TOTAL

=

8,00

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

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), Nom MINISINI

Prénom NADIA

agissant en qualité de ADMINISTRATRICE

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 ROUBAIX

le 08 12 2017

Signature de l'employeur
ou de son représentant légal

Personne à joindre concernant cette attestation CORGIER ALBIN

Téléphone 03 20 20 92 04



LE GYMNASE / CDC
5 rue du Général Chanzy - CS 30453
F-59058 Roubaix Cedex 1
03 20 20 92 00
contact@gymnase-cdc.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