

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS 1 2 20 1 7
en chiffre

ATTESTATION N° EKZ8003154

45

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

AEM INITIALE COMPLÉMENTAIRE RECTIFICATIVE POSITIVE OU NÉGATIVE

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 ou nom DANSE A LILLE

Téléphone 0320207030

Code postal 59100

Commune ROUBAIX

Courriel comptabilite@gymnase

Êtes-vous titulaire d'un ou d'une :

Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an) OUI NON Licence du spectacle N° 1-1062222

N° d'affiliation à la caisse de congés spectacles

OUI 19393 001NON

Label N°

Certification Sociale N° CS

3/ SALARIÉ

Nom de famille (Nom de naissance) ARNAUD

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 177Z17386879

Régime de retraite complémentaire ARRCO

Cadre

Non cadre

Réalisateur

Artiste

Technicien

Ouvrier

Date d'embauche 10 12 2017
(Date de début du contrat)

→ Contrat en cours Sinon →

Date de fin du contrat de travail 10 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 %

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 10 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