

1 ATTESTATION (AEM)

MOIS DE 7 2015 ATTESTATION N° I 0 0 5 2 4 8 5 5 0 74

AEM INITIALE ☒ COMPLÉMENTAIRE ☐ RECTIFICATIVE POSITIVE ☐ OU NÉGATIVE ☐ → Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le N° de l'ATTESTATION INITIALE

2 EMPLOYEUR

N° SIRET 50076294300024

Code APE/NAF 5 9 1 1 C

N° d'affiliation au centre de recouvrement 8 0 3 1 6 9 1 7

Raison sociale ou nom LES AMIS DE T E S I N T E S B A

Code postal 1 3 2 0 0

Commune ARLES

Téléphone 6 8 6 8 6 1 2 1 9

Fax

Courriel tntb.net@free.fr

Licence de spectacle OUI ☐ N° NON ☒Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an) OUI ☐ NON ☒Entreprise titulaire du label « prestataire de service du spectacle vivant » OUI ☐ N° du label NON ☒N° d'affiliation à la caisse des congés spectacles OUI ☒ 0 1 7 0 7 0 0 1 N NON ☐

3 SALARIÉ

Nom de naissance L E P O L A R D

Prénom D A V I D

Nom d'usage (Nom d'épouse, etc.)

NIR 1 6 8 0 2 0 2 1 6 8 0 3 2 6 0

Date de naissance 1 7 / 0 2 / 1 9 6 8

Adresse 9 rue Frederic Chevillon

Code Postal 1 3 2 0 0 Commune A R L E S

Le salarié a-t-il un lien de parenté avec le chef d'entreprise ? OUI ☐ NON ☒ Si oui, lequel ? (Conjoint, Enfant, etc.)

4 PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé R é a l i s a t e u r

Régime de retraite complémentaire A U D I E N S

Cadre ☒ Non Cadre ☐ Réalisateur ☒ Artiste ☐ Technicien ☐ Ouvrier ☐(Date d'embauche Date de début du contrat) 0 1 / 0 7 / 2 0 1 5 → Contrat en cours ☐ Sinon →

Date de fin du contrat de travail 2 1 / 0 7 / 2 0 1 5

Nombre d'heures effectuées

et/ou

Nombre de cachets *

isolés

groupés

Dans tous les cas

Nombre de jours travaillés

1 3 0

1 8

* Uniquement pour les artistes et les réalisateurs (voir notice)

Motif de cessation du contrat de travail

Fin de contrat de travail à durée déterminée ☒Rupture anticipée à l'initiative de l'employeur ☐ ou du salarié ☐

Numéro d'objet 1 5 2 Z 6 7 8 6 7 1 1 1

RÉMUNÉRATIONS VERSÉES AU COURS DU MOIS

SALAIRES BRUTS avant déduction pour frais professionnels

0 1 6 0 2 , 7 2

SALAIRES BRUTS après déduction pour frais professionnels

0 1 6 0 2 , 7 2

TAUX

1 2 , 8 0 %

CONTRIBUTIONS DUES

= 0 2 0 5 , 0 0

AUTRES RÉMUNÉRATIONS +

0 0 0 0 0 , 0 0

0 0 , 0 0 %

= 0 0 0 0 , 0 0

TOTAL = 0 2 0 5 , 0 0

5 AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), Nom Lefevre Balleydier

Prénom Anne

agissant en qualité de Présidente

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 Arles

le 2 7 / 0 7 / 2 0 1 5

Personne à joindre concernant cette attestation

Signature de l'employeur ou de son représentant

Téléphone