

Fiche Navette

Employeur : Salarié :

Mois de : 2010

Nombre d'heures travaillées :

Groupe : Nouvelle Rémunération Horaire Brute :

Heures Complémentaires :

Semaine où les heures complémentaires ont été effectuées	Nombre d'heures
Semaine du : au	
Semaine du : au	
Semaine du : au	
Semaine du : au	

Une augmentation a-t-elle été accordée au salarié : oui non

Montant :€

Net Brut :

Autres bases de rémunération :

LIBELLÉ	MONTANT	NET	BRUT
Prime exceptionnelle			
Indemnités Kilométriques			
Indemnités de déplacement			
Frais de repas			

Un acompte sur salaire a-t-il été versé : oui non

Montant de l'acompte : €

Absences :

Congés payés Jours soit heures
---------------------	-------	-------	-------------------------------

LIBELLÉ	Date de début	Date de fin	Nombre de jours	Maintien de salaire (O/N)
Maladie		
Absences exceptionnelles		

(Joindre la copie de l'arrêt maladie émise par le médecin)

Autres points à préciser :

.....

A retourner avant le 25 du mois concerné par tout moyen à votre convenance

Certificat d'adhésion

● RETRAITE COMPLÉMENTAIRE
agirc *et* **arrco**

Adhésion n°

L'adhésion de votre entreprise aux régimes Arrco et Agirc a été enregistrée par les institutions de retraite complémentaire suivantes :

- , institution membre de l'Arrco, en application de l'Accord du 08/12/61,
- , institution membre de l'Agirc, en application de la Convention collective nationale du 14/03/47.

Sa date d'effet a été fixée au

Votre entreprise s'engage à appliquer les dispositions, actuelles et futures, des accords collectifs précités.

Votre entreprise est immatriculée sur la base des informations suivantes :

NOM ou RAISON SOCIALE :
Sigle et (ou) enseigne commerciale :
Date de création :
Forme juridique : N° de RC ou RM :
Adresse du siège social :
Tél. : Fax : E-mail :
Adresse correspondance :
Convention collective applicable :
Activité économique :
Syndicat professionnel : Régime de base de Sécurité sociale :
N° SIRET : Code NAF :

Nous vous remercions de bien vouloir vérifier ces éléments d'identification en nous apportant, le cas échéant, tout complément utile, les modifications ultérieures (changements de raison sociale, forme juridique, adresse, ...) devant également nous être signalées.

Nous vous précisons que cette adhésion s'applique à l'ensemble des établissements présents et futurs de votre entreprise et nous vous demandons de bien vouloir nous informer des créations de nouveaux établissements.

Vous trouverez ci-joint :

- une fiche d'informations récapitulant les conditions générales de cotisations à l'Arrco et à l'Agirc,
- la liste d'emplois simplifiée vous permettant de procéder à l'affiliation spécifique des salariés relevant de l'Agirc.

Votre numéro Siret ou votre numéro d'adhérent doit être rappelé dans toute correspondance.

(A mentionner lorsque des dispositions particulières s'appliquent)

La convention collective de travail applicable à votre secteur d'activité prévoit les obligations spécifiques ci-après qui se substituent aux conditions générales de cotisations :

- taux de cotisations à l'Arrco : appelé à 125% ;
- répartition des cotisations pour l'Arrco :% part employeur,% part salarié ;
- affiliation à l'Agirc des salariés "article 36" à partir du coefficient hiérarchique :

Vos interlocuteurs

Mention du logo du groupe, du nom des institutions, des coordonnées et des mentions légales.
Indiquer le site internet et éventuellement le nom d'un correspondant et ses modes de contact.

CONDITIONS GÉNÉRALES DE COTISATIONS À L'ARRCO ET À L'AGIRC

Salariés visés

Tous les salariés relevant du régime général ou de la MSA cotisent à l'Arcco. Les salariés appartenant aux catégories suivantes cotisent également à l'Agirc :

- Article 4 : ingénieurs et cadres définis par des conventions ou accords conclus au plan national ou régional, dirigeants de sociétés, VRP cadres ;
- Article 4 bis : assimilés cadres, c'est-à-dire employés, techniciens et agents de maîtrise occupant des emplois classés, par la convention collective applicable à l'entreprise, à une cote hiérarchique > ou = 300 ou à un niveau équivalent ;
- Article 36 : option, ouverte à certaines entreprises, permettant l'affiliation des employés, techniciens et agents de maîtrise dont la cote hiérarchique est au moins égale au seuil choisi par l'entreprise (coefficient minimum > ou = 200 ou niveau équivalent).

TAUX PAR TRANCHE DE SALAIRE ET RÉGIME RECEVANT LES COTISATIONS (voir détail des systèmes de cotisation dans le tableau ci-dessous)			
Salariés relevant exclusivement de l'Arcco	▶ à l'Arcco 6% ⁽¹⁾ appelé à 125% soit 7,5%	▶ à l'Arcco 16% appelé à 125% soit 20%	
	T1 (jusqu'à 1 PSS) ⁽²⁾	T2 (entre 1 et 3 PSS) ⁽²⁾	
Salariés relevant de l'Agirc et de l'Arcco	T1 (jusqu'à 1 PSS) ⁽²⁾	TB (entre 1 et 4 PSS) ⁽²⁾	TC (entre 4 et 8 PSS) ⁽²⁾
	▶ à l'Arcco 6% ⁽¹⁾ appelé à 125% soit 7,5% ▶ à l'Agirc CET + GMP	▶ à l'Agirc 16,24% appelé à 125% soit 20,30% + CET + GMP	▶ à l'Agirc 16,24% appelé à 125% soit 20,30% + CET

(1) Sauf dispositions spécifiques prévues par votre convention collective professionnelle qui vous sont précisées par votre certificat d'adhésion

(2) PSS = Plafond de la Sécurité sociale

■ Répartition des cotisations entre l'employeur et le salarié (sauf CET, AGFF et APEC) :

- Régime Arcco : 60% des cotisations employeur / 40% salarié. (Cette répartition s'applique sauf dispositions spécifiques conventionnelles).
- Régime Agirc : Tranche B (sauf CET) : 62,07% des cotisations employeur / 37,93% salarié.
Tranche C : jusqu'à 16% décidée librement au sein de l'entreprise,
et de 16 à 16,24% : 33,33% employeur / 66,67% salarié.

■ Taux d'appel des cotisations contractuelles : 125% (régimes Agirc et Arcco) répartis dans les mêmes proportions que la cotisation contractuelle, ce qui porte le taux global à 7,50% sur Tranche 1, 20% sur Tranche 2 et 20,30% sur Tranches B et C.

■ Garantie Minimale de Points (GMP) : tout salarié relevant du régime Agirc doit obtenir au moins 120 points par an. Une cotisation forfaitaire est donc appelée sur son salaire pour lui permettre d'obtenir ce nombre de points.

■ Contribution Exceptionnelle et Temporaire (CET) au régime Agirc : 0,35% du salaire, du premier euro jusqu'à 8 plafonds de la Sécurité sociale. La répartition de cette cotisation est la suivante : 0,22% employeur et 0,13% salarié.

AUTRES COTISATIONS OBLIGATOIRES, GÉRÉES PAR DÉLÉGATION

■ Association pour la Gestion du Fonds de Financement (AGFF) : les cotisations sont appelées par délégation par les régimes Agirc et Arcco et sont reversées à cet organisme. Le taux est de 2% sur la Tranche 1 et 2,20% sur les Tranches 2 et B des salaires. La répartition de cette cotisation est la suivante :

T1 : 1,20% employeur et 0,80% salarié
T2 et TB : 1,30% employeur et 0,90% salarié

■ Association Pour l'Emploi des Cadres (APEC) : les cotisations sont appelées par délégation par le régime Agirc et sont reversées à cet organisme. Le taux est de 0,06% sur la Tranche B des salaires, réparti à hauteur de 0,036% à la charge de l'employeur et de 0,024% à la charge du salarié. Une cotisation forfaitaire est également appelée une fois l'an pour les cadres présents dans l'entreprise le 31 mars de chaque exercice.

CONVENTION COLLECTIVE NATIONALE
DE L'ANIMATION

Du 28 juin 1988 - Brochure JO 3246

Avenants n°43 du 23/09/1997, n°45 du 11/02/1998,
n°68 du 18/02/2003 et n°106 du 08/02/2007

IONIS PRÉVOYANCE

DIRECTION ET BUREAUX

9111 RUE DE L'EST - B.P. 85
92105 BOULOGNE BILLANCOURT CEDEX
TÉL. : 01 46 84 36 36 - FAX : 01 46 99 05 84

Cadre réservé à l'Institution

Adhérent n° : _____

Contrat n° : _____

(Numéros à indiquer dans vos correspondances)

Remplace le n° de contrat : _____

Date d'effet : _____

Groupe financier : **0000000090**

BULLETIN D'ADHÉSION

PERSONNEL NON CADRE ⁽¹⁾

DÉCÈS - INCAPACITE - INVALIDITE

Raison sociale : _____
Siège social : _____
Téléphone : _____
Adresse e-mail : _____
Forme juridique : _____
Code NAF : _____ Date de création : _____
Lieu d'activité : _____
Nature de l'activité : _____ SIRET : _____
Effectif : Non cadre _____ Cadre _____

L'Association, ci-dessus nommée, représentée par _____
Agissant en qualité de _____ muni de tous les pouvoirs nécessaires⁽¹⁾
Déclare adhérer, au profit de ses salariés non cadres⁽²⁾, à IONIS PREVOYANCE et à l'OCIRP, conformément à la
Convention Collective Nationale de l'Animation du 28 juin 1988 et au protocole de gestion conclu entre les partenaires
sociaux négociateurs de la Convention Collective Nationale de l'Animation,

Et les Organismes gestionnaires du régime de Prévoyance : IONIS PRÉVOYANCE, OCIRP, AG2R, UNPMF et GNP,
en vue d'appliquer les dispositions du titre VIII de la Convention Collective Nationale de l'Animation,

- déclare ne pas avoir de salariés⁽¹⁾ en arrêt de travail ⁽³⁾
 déclare avoir de salariés⁽¹⁾ en arrêt de travail (liste au verso) ⁽³⁾

(1) A l'exception des intermittents du spectacle

(2) L'adhésion constituant un engagement contractuel de l'entreprise, la présente demande doit être signée par un représentant légal de l'entreprise ou, à défaut, par une personne dûment habilitée à prendre cet engagement.

(3) Cochez la case correspondant à votre situation



Le droit d'accès et de rectification peut être exercé par l'adhérent auprès de IONIS PRÉVOYANCE, conformément aux dispositions de la loi n° 78-17
du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés et de la loi n° 2004-303 du 6 avril 2004 relative à la protection des personnes
physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

DECLARATION D'AFFILIATION

> ENTREPRISE

Raison sociale

Lieu de travail

Date d'affiliation du salarié au contrat

Catégorie d'emploi (cochez le régime et la catégorie correspondante)

Cadre et agent de maîtrise cotisant au régime de retraite AGIRC

Art. 4 4 bis Art. 36

Non cadre

ouvrier employé technicien agent de maîtrise VRP

Autre

Je soussigné, certifie que le salarié ci-dessous désigné, fait partie des effectifs de l'entreprise à la date de signature de la présente déclaration.

A le Signature et cachet de l'entreprise

N° ENTREPRISE

POUR FACILITER L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DECLARATION

- 1- Ecrivez en lettres capitales.
- 2- Remplissez au verso de ce document, le tableau des bénéficiaires de votre contrat Santé.

3- Joignez les pièces suivantes :

- la photocopie de l'attestation jointe à votre carte Vitale, et celle pour chaque membre de votre famille bénéficiant du contrat Santé.
- votre relevé d'identité bancaire, postal ou de caisse d'épargne.

Si vous êtes concerné :

- les photocopies des certificats de scolarité pour les enfants de plus de 16 ans ou tout document justifiant de leur situation,
- l'attestation de PACS,
- votre certificat de concubinage,
- le certificat de radiation de votre précédente mutuelle daté de moins de 3 mois, si votre contrat prévoit un délai de stage.

4- Dater et signez votre déclaration.

5- Transmettez le tout à votre entreprise.

> SALARIE

Nom

Nom de naissance

Prénom

N° de Sécurité sociale

Sexe F M Civilité M. Mme Mlle

Situation de famille

célibataire concubin(e) divorcé(e) marié(e) pacsé(e) séparé(e) veuf(ve)

Date de naissance

Rés. Bât. Appt.

N° Adresse

Code postal Ville

Téléphone

e-mail @

BENEFICAIRES SANTE A GARANTIR

	Nom	Prénom	Date de naissance	N° de Sécurité sociale ⁽¹⁾
Conjoint ⁽¹⁾	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> salarié <input type="checkbox"/> profession indépendante <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
1 ^{er} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
2 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
3 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
4 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		
5 ^{ème} enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> scolaire <input type="checkbox"/> étudiant <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> invalide <input type="checkbox"/> autre (préciser) <input type="text"/>		

(1) ou partenaire légal par un PACS ou concubin - (2) sous régime sont effectués les remboursements.

Je joins à ma déclaration d'affiliation les pièces justificatives indiquées au recto.

Afin de permettre le remboursement rapide de mes Frais soins de santé, j'autorise l'échange d'information par télétransmission entre ma caisse d'Assurance Maladie et APRI Prévoyance.

A le

Signature du salarié précédée de la mention "lu et approuvé"

Conformément à la loi Informatique et Liberté n° 78-17 du 06-01-78, vous pouvez accéder aux informations vous concernant et les faire rectifier en contactant notre organisme.

Demande d'adhésion

Uniformation est le partenaire formation des entreprises et des salariés de l'Economie sociale.

Il est au service de toutes les structures associatives, mutualistes, coopératives ou toute entité portant les valeurs de l'Economie sociale.

Les partenaires sociaux de certaines branches professionnelles (voir ci-dessous *) ont choisi Uniformation pour accompagner la formation dans les entreprises qui leur sont rattachés.

Si l'activité de votre entreprise ou de votre établissement vous rattache à l'une des branches professionnelles ou secteurs d'activité ci-dessous, vous devez adhérer à Uniformation.

aide à domicile*,
comités d'entreprise,

golfs*,
institutions de retraite et de
prévoyance* (IRC),
organismes de formation,

secteur coopératif,
tourisme social et familial*,

animation*,
foyers et services pour jeunes
travailleurs*,
insertion*,
missions locales et PAIO*,
mutualité*,
régime social des
indépendants* (RSI),
sport*,
Unedic, ...

Merci de remplir le formulaire suivant :

*Champs obligatoires

Votre entreprise

Raison sociale *

Sigle Usité *

Adresse

Code postal *

Ville *

Désirez-vous recevoir toute la correspondance avec Uniformation à une autre adresse ?

SIRET *

Code NAF *



SERVICE D'AIDE A LA GESTION ADMINISTRATIVE DE L'EMPLOI

Vous êtes NOUVEL EMPLOYEUR, vous devez adhérer à :

- une caisse de retraite
- une caisse de prévoyance
- un organisme de formation

BULLETINS D'ADHESION CI-JOINT :

- Adhésion caisse de retraite
- Adhésion Apri Ionis (convention collective animation)
- Adhésion Uniformation



Affaire suivie par :
JPH / JM

Madame, Monsieur le(la) Président(e),

Sport Pyrénées Emploi 64 est une association loi 1901 soutenue notamment par l'Etat (Jeunesse et Sports, DDTEFP) et le Conseil Général qui œuvre en faveur de l'emploi dans le sport et l'animation sur l'ensemble du département des Pyrénées-Atlantiques depuis 16 années.

Nous voulons vous proposer **un nouveau service** : Impact Emploi Association permettant de gérer l'ensemble des formalités administratives liées à l'emploi de personnel au sein de votre structure. En fait, cela se traduit par un logiciel spécifique qui nous est mis à disposition par l'URSSAF - avec qui nous en avons conventionné l'exploitation - en qualité de « tiers de confiance », c'est à dire le relais entre l'association employeur et les organismes sociaux.

Cette démarche s'inscrit dans un objectif plus large de simplification des démarches administratives en faveur des dirigeants bénévoles associatifs. Il nous a paru naturel de prolonger l'initiative de l'Etat en adhérant à ce nouveau système qui est opérationnel depuis janvier 2003.

Notre objectif d'accompagnement des bénévoles est assorti d'un souci d'accessibilité au service, notamment en ce qui concerne son coût. Je peux d'ores et déjà vous affirmer que les tarifs pratiqués seront fixés en accord avec nos partenaires institutionnels afin qu'il vous en coûte le moins possible (9 Euros par bulletin édité + 20 Euros d'adhésion annuelle à notre association).

Vous trouverez joint à ce courrier un prospectus de présentation ainsi que les fiches d'identification de la structure et de chacun de ses salarié(e)s. Je vous invite à prendre contact avec nos services afin d'obtenir les renseignements que vous souhaitez.

Dans l'attente, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le(la) Président(e), l'expression de mes salutations distinguées.

Le Président de l'Association

Jean-Pierre HERVIEU



SERVICE D'AIDE A LA GESTION ADMINISTRATIVE DE L'EMPLOI

Démarches Préalables et Obligatoires à effectuer par l'employeur

Association Employeur	Observations				
Déclaration Unique d'Embauche (D.U.E.)	Elle est à effectuer par l'employeur 8 jours avant l'embauche, Soit sur internet : www.due.urssaf.fr Soit sur papier				
<i>Registre Unique du Personnel</i>					
Visite médicale d'embauche Elle est obligatoire, elle est à la charge de l'employeur.	S'adresser à : - AHIRP 25 rue Louis Barthou 64000 PAU - 05.59.27.40.15 - SIMETRA 38 chemin de Sabalce zone de donzaog 64100 BAYONNE - 05.59.58.38.80				
<i>Registre Médical</i>					
Rédaction et signature du contrat de travail	Le contrat de travail doit obligatoirement mentionner la convention collective dont relève l'association. (Sport, Animation,...) Le critère permettant de déterminer le champ d'application d'une convention collective est celui « d'activité principale » Une seule convention collective applicable à l'ensemble des salariés de la structure même ceux exerçant une autre activité				
Adhésion à une caisse de retraite complémentaire	UGRR 05.59.27.41.94				
Adhésion à une caisse de Prévoyance selon la Convention Collective Applicable	<table border="1"> <thead> <tr> <th>CCN Sport</th> <th>CCN Animation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Caisse d'affiliation : IONIS : 02.32.81.31.82</td> <td>Caisse d'affiliation : APRI Prévoyance : 01.40.64.86.22</td> </tr> </tbody> </table>	CCN Sport	CCN Animation	Caisse d'affiliation : IONIS : 02.32.81.31.82	Caisse d'affiliation : APRI Prévoyance : 01.40.64.86.22
CCN Sport	CCN Animation				
Caisse d'affiliation : IONIS : 02.32.81.31.82	Caisse d'affiliation : APRI Prévoyance : 01.40.64.86.22				
Taux Accident du travail	Taux AT à communiquer à SPE dès réception de la notification délivrée par la CRAMA				
N° SIRET et code APE	INSEE Aquitaine 33 rue de Saget 33076 Bordeaux cedex www.insee.fr 05.57.95.04.00 (<i>taper 4 sur le clavier de votre téléphone</i>)				
Formation Professionnelle Continue	Uniformation Sud Ouest 61 rue Minvielle 33001 Bordeaux cedex - Tel : 05.56.51.66.49 unifbordeaux@uniformation.fr ou AGEFOS-PME Aquitaine 7 Avenue du Millac 33370 Artigues près Bordeaux - Tel : 05.57.77.34.84				
N° d'agrément Jeunesse et Sport	Direction Départementale de la Santé, de la Jeunesse et des Sports Tel : 05.59.27.27.56				

Formalités entre l'association employeur et Sport Pyrénées Emploi 64

Association Employeur	Sport Pyrénées Emploi 64
Dossier « IEA » à compléter	Le retour de ce dossier complété permet à SPE - la création de la structure employeur sur le logiciel de gestion IEA
Adhésion annuelle à l'association SPE 64 (20 € pour 2007)	Facturée lors du 1 ^{er} mois de fonctionnement
Signature de la convention d'assistance Impact Emploi et du mandat	Faire parvenir un exemplaire à SPE
Fiche navette à compléter et à renvoyer chaque mois	Cette fiche est indispensable à SPE pour établir le bulletin de salaire

Pièces à fournir

Afin de permettre l'ouverture de votre dossier, nous vous demandons de bien vouloir nous fournir les documents mentionnés dans la liste ci-dessous :

Dans tous les cas :

- La ou les fiches « Info'Salariés » et « Info'Contrat de travail » ;
- La photocopie du ou des diplômes de chacun de vos salariés plus, éventuellement, celle de la carte professionnelle ;
- La fiche « Info'Structure »
- La photocopie du contrat de travail.

Si vous avez déjà employé du personnel :

- La fiche « Info'Employeur »
- Les photocopies des derniers bordereaux de cotisation de chacun des organismes sociaux ;
- La photocopie de la notification, par la C.R.A.M, du taux d'accident de travail
- La ou les photocopie(s) du ou des dernier(s) Bulletin(s) de salaire.

Toute structure qui voudra confier sa gestion des salaires à SPE 64 en cours d'année sera soumise à examen. Dans le cas d'une reprise, vous sera demandé :

- Les photocopies de tous les bulletins de salaires, de tous vos salariés, depuis le 1^{er} janvier ;
- Les photocopies de tous les bordereaux de cotisation établis, pour tous les organismes sociaux concernés, depuis le 1^{er} janvier.

Après la réception des pièces ci-dessus, pour mettre en place la télé déclaration et simplifier la gestion de vos cotisations :

- Renvoyer la convention et le mandat

Info' Structure

Raison sociale :

Adresse :

.....

.....

|_|_|_|_|_|

N° de tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

N° de fax : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Nom du Président :

Correspondant courrier (si différent) :

Nom :

Adresse :

.....

.....

|_|_|_|_|_|

N° de tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

N° de fax : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Adresse e. mail :

Statut de la structure :

Activité principale :

Date de création : |_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

N° SIRET : |_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

Code APE : |_|_|_|_|_|_|

Agrément :

A.E.P activités non sportives

A.E.P activités sportive

Fédération sportive

Centre aéré – Colonie

Aucun

Info' Employeur

Cette fiche doit être remplie par les structures ayant déjà employé du personnel

Date d'embauche du 1^{er} salarié : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Horaire hebdomadaire applicable : 39 heures

35 heures

Un accord sur la réduction du temps de travail (passage au 35 heures) a-t-il été signé :

Non

Oui Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

En cours

Convention collective applicable :

Organismes sociaux :

	Nom et adresse	Référence Ou Code interne
URSSAF		
ASSEDIC		
Caisse de retraite Complémentaire		
Caisse de prévoyance <small>(obligatoire pour les structures employant la CCN animation)</small>		
Organisme collecteur de la formation professionnelle		
Mutuelle		
Recette des impôts		

Taux d'accident du travail (c.f notification CRAM) : |_|_|, |_|_| %

Code risque : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Médecine du Travail : Joindre le document attestant de la visite.

Info' Salarié

NOM :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Adresse :

.....

.....

|_|_|_|_|_|

N° de tél. : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| / E-mail :

Situation de famille : Célibataire Concubin(e)
 Marié(e) Veuf(ve)

Date de naissance: |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Lieu : Nationalité :

N° de Sécurité Sociale : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|

Diplôme(s) :

.....

Si diplôme sportif, n° de carte professionnelle : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Info' Contrat de Travail

Date d'embauche : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Emploi :

Type de Contrat : C.D.I
 C.D.D. date de fin : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Contrat aidé par l'Etat : C.A.E
 Contrat d'Avenir
 C.I.E
 Autre : préciser

Date début de l'aide : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| fin : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

La paie : Nombre d'heures mensuel : heures

Salaire brut de base : euros