

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS 0 6 20 2 4
en chiffre

ATTESTATION N° WGS5000318

08

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

AEM INITIALE

COMPLÉMENTAIRE

RECTIFICATIVE POSITIVE

OU NÉGATIVE

N° DE L'ATTESTATION INITIALE

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET 84116197900015

Code APE/NAF 9001Z

N° d'affiliation 80003317650
au centre de recouvrement

N° IDCC 3090

Si différent, N°IDCC de la prestation de travail

Raison Sociale ou nom CAVALCADE PRODUCTION

Téléphone 0785068369

Code postal 25210

Commune LE RUSSEY

Courriel ops@culturepay.fr

Êtes-vous titulaire d'un ou d'une :

Organisateur occasionnel de spectacle
(Maximum 6 représentations par an)

OUI

NON Licence du spectacle N° 1118696N° d'affiliation à la caisse
de congés spectaclesOUI

355954001X

NON

Label N°

Certification Sociale N° CS

3/ SALARIÉ

Nom de famille
(Nom de naissance)

LOCATELLI

Prénom JULIEN

Nom d'usage
(Nom d'épouse, etc.)
NIR

191102505630176

Date de naissance 03 10 1991

Ressortissant français Ressortissant UE Ressortissant EEE Ressortissant hors UE et EEE

Adresse PRES DU COTARD

Code postal 25510

Commune PIERREFONTAINE-LES-VARANS

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé ARTISTE MUSICIEN

Numéro d'objet 246Z36934364

Régime de retraite
complémentaire

ARRCO

Cadre

Non
cadre

Réalisateur

Artiste

Technicien

Ouvrier

Date d'embauche 15 06 2024
(Date de début du contrat)

→ Contrat en cours Sinon →

Date de fin du contrat de travail 15 06 2024

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

ET/OU

isolés

groupés

1

1

*uniquement pour les artistes (voir notice)

Rémunérations versées au cours du mois

SALAIRES BRUTS

384,64

SALAIRES BRUTS

soumis à contributions d'assurance chômage *

384,64

X

TAUX

12,15 %

CONTRIBUTIONS DUES

47,00

AUTRES RÉMUNÉRATIONS +

X

%

=

TOTAL

=

47,00

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

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), Nom JUIF

Prénom MORGAN

agissant en qualité de PRESIDENT

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 LE RUSSEY

le 15 06 2024

Signature de l'employeur

ou de son représentant légal

Personne à joindre concernant cette attestation JUIF MORGAN

Téléphone 07 85 06 83 69

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