

## 1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS 0 7 20 2 4  
en chiffre

ATTESTATION N° WGS5000324

14

AEM INITIALE 

COMPLÉMENTAIRE

RECTIFICATIVE POSITIVE

OU NÉGATIVE

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

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)  
Nom d'usage  
(Nom d'épouse, etc.)  
NIR

VALEYRE

Prénom MATHIEU

178012116602083

Date de naissance 03 01 1978

Ressortissant français  Ressortissant UE Ressortissant EEE Ressortissant hors UE et EEE

Adresse 135 RUE D'AUXONNE

Code postal 21000

Commune DIJON

## 4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé REGISSEUR GENERAL

Numéro d'objet 246Z40421515

Régime de retraite  
complémentaire

AGIRC

Cadre Non  
cadre

Réalisateur

Artiste

Technicien 

Ouvrier

Date d'embauche 11 07 2024  
(Date de début du contrat)

→ Contrat en cours Sinon →

Date de fin du contrat de travail 13 07 2024

Motif de cessation du contrat de travail :

> Fin de contrat de travail à durée déterminée 

&gt; 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 \*  
isolés groupésDans tous les cas  
Nombre de JOURS  
travaillés

30

ET/OU

3

\*uniquement pour les artistes (voir notice)

## Rémunérations versées au cours du mois

SALAIRES BRUTS

900,00

AUTRES RÉMUNÉRATIONS +

SALAIRES BRUTS

soumis à contributions d'assurance chômage \*

900,00

X

TAUX

12,20 %

Inscrire le taux en vigueur

CONTRIBUTIONS DUES

110,00

X

%

=

TOTAL

=

110,00

\*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 13 07 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