



ACTIVITÉS RELEVANT DES ANNEXES 8 et 10 au règlement de l'Assurance Chômage

DOUBLE À CONSERVER PAR L'EMPLOYEUR

Articles L. 5422-14 et R. 5422-6 du code du travail V4

utiliser un stylo à bille à encre noire

1 ATTESTATION (AEM) MOIS DE 11 2015 ATTESTATION N° I 0 0 5 5 4 3 2 2 1

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

2 EMPLOYEUR

N° SIRET 81442101200018

Code APE/NAF 5 6 3 0 Z

N° d'affiliation 8 0 3 2 2 7 0 6

Raison sociale C C R B

Code postal 1 2 1 6 0

Commune BARAQUEVILLE

Téléphone 5 6 3 2 3 0 3 6 3

Fax

Courriel magalie.saramon@groupepedrb.com

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 ☒ 9 9

NON

3 SALARIÉ

Nom de naissance S O U Q U E S

Prénom F A B I E N N E

Nom d'usage (Nom d'épouse, etc.)

NIR 2 7 2 0 3 4 6 0 4 2 0 6 5 6 1

Date de naissance 2 2 0 3 1 9 7 2

Adresse M O N R E D O N

Code Postal 4 6 0 9 0 Commune L A B A S T I D E M A R N H A C

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 M u s i c i e n

Régime de retraite complémentaire

Cadre ☐Non Cadre ☒Réalisateur ☐Artiste ☒Technicien ☐Ouvrier ☐

(Date d'embauche 2 9 1 1 2 0 1 5 Date de début du contrat)

Contrat en cours ☐ Sinon ☒

Date de fin du contrat de travail 2 9 1 1 2 0 1 5

Nombre d'heures effectuées

Nombre de cachets *

et/ou

isolés

groupés

Dans tous les cas

Nombre de jours travaillés

0€1€2

0€1

* 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 A Z 9 0 0 1 1 3 3 0

RÉMUNÉRATIONS VERSÉES AU COURS DU MOIS

SALAIRES BRUTS avant déduction pour frais professionnels

0€0€1€3€7€9€5

SALAIRES BRUTS après déduction pour frais professionnels

0€0€1€1€0€3€6

TAUX

0€4€8€0 %

CONTRIBUTIONS DUES

= 0€0€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€0€0€5 0 0

5 AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), Nom

CAILLOUX

Prénom CHRISTIAN

agissant en qualité de Directeur

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 CONTRAT CDD

Fait à MANHAC

le 2 9 1 1 2 0 1 5

Personne à joindre concernant cette attestation

Signature de l'employeur ou de son représentant

SARL CCRB - 12160 MANHAC

SIRET 81534171400013

TEL: 05.65.71.64.77

Toute fausse déclaration est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 4 000 euros (Art. L. 5429-1 du code du travail)