

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS DE 1 1 20 1 8

ATTESTATION N° Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y 99

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

AEM INITIALE Y COMPLEMENTAIRE Y RECTIFICATIVE POSITIVE Y OU NEGATIVE Y N° DE L'ATTESTATION INITIALE Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Code APE/NAF Y Y Y Y Y N° d'affiliation Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

N° IDCC Y Y Y Y Si différent, N° IDCC de la prestation de travail [] [] [] [] Courriel Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Raison Sociale TF1 SA Téléphone Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

ou nom Code Postal Y Y Y Y Y Y Commune Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Étes-vous titulaire d'une : Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an) OUI Y NON Y

Y Licence du spectacle N° Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y N° d'affiliation à la caisse de congés spectacle OUI Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y NON Y

Y Label N° Y Y Y

Y Certification Sociale N° CS Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

3/ SALARIE

Nom de Famille Y Prénom Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Nom d'usage Y

(Nom d'épouse, etc.) NIR Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Date de naissance Y Y / Y Y / Y Y Y Y Y Y

Ressortissant français Y Ressortissant UE Y Ressortissant EEE Y Ressortissant hors UE et EEE Y

Adresse Y

Code Postal Y Y Y Y Y Y Commune Y

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé Y Numéro d'objet Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Régime de retraite complémentaire Y Cadre Y Non Cadre Y Réalisateur Y Artiste Y Technicien Y Ouvrier Y

Date d'embauche 0 3 / 1 0 / 2 0 1 8 Contrat en cours Y Sinon Date de fin du contrat de travail 9 9 9 9 9 9 9 9

Date de début du contrat Motif de cessation contrat de travail : > Fin de contrat de travail à durée déterminée Y > Rupture anticipée à l'initiative Y du salarié Y d'un accord commun Y de l'employeur En ce cas, terme initialement prévu 9 9 9 9 9 9 9 9

Nombre d'HEURES effectuées 9 9 9 ET / OU Nombre de CACHETS* isolés 9 9 groupés 9 9 Nombre de jours travaillés 9 9

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

Rémunérations versées au cours du mois

SALAIRES BRUTS avant	SALAIRES BRUTS après soumis à contributions d'assurance chômage *	TAUX	CONTRIBUTIONS DUES
9 9 9 9 9 , 9 9	9 9 9 9 9 , 9 9	9 , 9 9 %	9 9 9 9 , 0 0
Autres Rémunérations +	9 9 9 9 9 , 9 9	9 9 , 9 9 %	9 9 9 9 , 0 0
		TOTAL	= 9 9 9 9 , 0 0

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

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je Soussigné(e), Nom Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Prénom Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

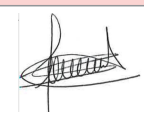
agissant en qualité de Y

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 Y

Fait à Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y le 1 1 / 1 2 / 2 0 1 8

Personne à joindre concernant cette attestation Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Téléphone Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Signature de l'employeur ou de son représentant légal 

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS DE 1 1 20 1 8 ATTESTATION N° X X X X X X X X X X 99
Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le
AEM INITIALE COMPLÉMENTAIRE RECTIFICATIVE POSITIVE OU NEGATIVE N° DE L'ATTESTATION INITIALE X X X X X X X X X X

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET X X X X X X X X X X Code APE/NAF X X X X X N° d'affiliation XXXXXXXXXXXXX
N° IDCC X X X X Si différent, N° IDCC de la prestation de travail Si différent, N° IDCC de la prestation de travail
Raison Sociale TF1 SA Téléphone X X X X X X X X X X
Code Postal X X X X X Commune XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Courriel XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Étes-vous titulaire d'une :
X Licence du spectacle N° X X X X X X X X X X N° d'affiliation à la caisse OUI X X X X X X X X X X NON X
X Label N° X X X
X Certification Sociale N° CS X X X X X X X X X X

3/ SALARIÉ

Nom de Famille X Prénom X X X X X X X X X X X X X X
Nom d'usage X
NIR X X X X X X X X X X X X X X Date de naissance X X / X X / X X X X X
Ressortissant français Ressortissant UE Ressortissant EEE Ressortissant hors UE et EEE
Adresse X
Code Postal X X X X X Commune X

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Numéro d'objet X X X X X X X X X X X X X X
Régime de retraite complémentaire X Cadre Non Cadre Réalisateur Artiste Technicien Ouvrier
Date d'embauche 0 3 / 1 0 / 2 0 1 8 Contrat en cours Sinon Date de fin du contrat de travail 9 9 9 9 9 9 9 9
Motif de cessation contrat de travail :
> Fin de contrat de travail à durée déterminée
> Rupture anticipée à l'initiative
 du salarié
 d'un accord commun
 de l'employeur
En ce cas, terme initialement prévu 9 9 9 9 9 9 9 9

Nombre d'HEURES effectuées 9 9 9 ET / OU 9 9 9

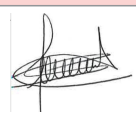
Nombre de CACHETS* isolés 9 9 groupés 9 9 Dans tous les cas Nombre de jours travaillés 9 9

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

Rémunérations versées au cours du mois	SALAIRE	TAUX	CONTRIBUTIONS DUES
SALAIRES BRUTS avant	9 9 9 9 9 , 9 9	9 , 9 9 %	9 9 9 9 , 0 0
Autres Rémunérations +	9 9 9 9 9 , 9 9	9 , 9 9 %	9 9 9 9 , 0 0
		TOTAL	9 9 9 9 , 0 0

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

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je Soussigné(e), Nom XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Prénom XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
agissant en qualité de XX
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 XX
Fait à XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX le 1 1 / 1 2 / 2 0 1 8
Personne à joindre concernant cette attestation XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Téléphone X X X X X X X X X X
Signature de l'employeur ou de son représentant légal 

DAJ 110 10/2015 BIS LES INFORMATIONS COLLECTÉES DANS CE DOCUMENT SONT SOUMISES AU DROIT D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION PRÉVU PAR LA LOI N°78-17 DU 6 JANVIER 1978 RELATIVE À L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS, ET AUX LIBERTÉS. (VOIR AU VERSO)

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS DE 1 1 20 1 8

ATTESTATION N° Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

99

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

AEM INITIALE Y COMPLEMENTAIRE Y RECTIFICATIVE POSITIVE Y OU NEGATIVE Y N° DE L'ATTESTATION INITIALE Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Code APE/NAF Y Y Y Y Y N° d'affiliation Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

N° IDCC Y Y Y Y Si différent, N° IDCC de la prestation de travail

Raison Sociale TF1 SA Téléphone Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Code Postal Y Y Y Y Y Commune Y

Étes-vous titulaire d'une :

Y Licence du spectacle N° Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y N° d'affiliation à la caisse OUI Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y NON Y

Y Label N° Y Y Y Y de congés spectacle

Y Certification Sociale N° CS Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

3/ SALARIÉ

Nom de Famille Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Prénom Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Nom d'usage Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

NIR Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Date de naissance Y Y / Y Y / Y Y Y Y Y

Ressortissant français Y Ressortissant UE Y Ressortissant EEE Y Ressortissant hors UE et EEE Y

Adresse Y

Code Postal Y Y Y Y Y Commune Y

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Numéro d'objet Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Régime de retraite complémentaire Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Cadre Y Non Cadre Y Réalisateur Y Artiste Y Technicien Y Ouvrier Y

Date d'embauche 0 3 / 1 0 / 2 0 1 8 Contrat en cours Y Sinon

Date de fin du contrat de travail 9 9 9 9 9 9 9 9 Motif de cessation contrat de travail :

> Fin de contrat de travail à durée déterminée Y

> Rupture anticipée à l'initiative

Y du salarié

Y d'un accord commun

Y de l'employeur

En ce cas, terme initialement prévu 9 9 9 9 9 9 9 9

Nombre d'HEURES effectuées 9 9 9 ET / OU

Nombre de CACHETS* isolés 9 9 groupés 9 9

Nombre de jours travaillés 9 9

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

Rémunérations versées au cours du mois

SALAIRES BRUTS avant	SALAIRES BRUTS après	TAUX	CONTRIBUTIONS DUES
9 9 9 9 9 , 9 9	9 9 9 9 9 , 9 9	9 , 9 9 %	9 9 9 9 , 0 0
Autres Rémunérations + 9 9 9 9 9 , 9 9		9 9 , 9 9 %	9 9 9 9 , 0 0
TOTAL			= 9 9 9 9 , 0 0

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

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je Soussigné(e), Nom Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Prénom Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y


agissant en qualité de Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

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 Y

Fait à Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y le 1 1 / 1 2 / 2 0 1 8

Personne à joindre concernant cette attestation Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Téléphone Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Signature de l'employeur
ou de son représentant légal 

DAJ 110 10/2015 BIS LES INFORMATIONS COLLECTÉES DANS CE DOCUMENT SONT SOUMISES AU DROIT D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION PRÉVU PAR LA LOI N°78-17 DU 6 JANVIER 1978 RELATIVE À L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS, ET AUX LIBERTÉS. (VOIR AU VERSO)

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS DE 1 1 20 1 8

ATTESTATION N°

Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

99

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

AEM INITIALE

Y

COMPLÉMENTAIRE

Y

RECTIFICATIVE POSITIVE

Y

OU NEGATIVE

Y

N° DE L'ATTESTATION INITIALE

Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET

Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Code APE/NAF

Y Y Y Y Y

N° d'affiliation

YYYYYYYYYYYY

N° IDCC

Y Y Y Y

Si différent, N° IDCC de la prestation de travail

au centre de recouvrement

Raison Sociale

TF1 SA

ou nom

Téléphone

Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Code Postal

Y Y Y Y Y

Commune

YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY

Courriel

YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY

Êtes-vous titulaire d'une :

Y Licence du spectacle N°

Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

N° d'affiliation à la caisse

OUI

Y

Organisateur occasionnel de spectacle

OUI

Y

NON

Y

Y Label N°

Y Y Y

N° d'affiliation à la caisse

NON

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y Certification Sociale N°

CS

Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

3/ SALARIE

Nom de Famille

Y Y

Prénom

Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Nom d'usage

(Nom d'épouse, etc.) Y

NIR

Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Date de naissance

Y Y / Y Y / Y Y Y Y

Ressortissant français

Y

Ressortissant UE

Y

Ressortissant EEE

Y

Ressortissant hors UE et EEE

Y

Adresse

Y Y

Code Postal

Y Y Y Y Y

Commune

Y Y

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé

YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY

Numéro d'objet

Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Régime de retraite complémentaire

Y Y

Cadre

Y

Non Cadre

Y

Réalisateur

Y

Artiste

Y

Technicien

Y

Ouvrier

Y

Date d'embauche

0 3 / 1 0 / 2 0 1 8

Contrat en cours

Y

Sinon

Date de fin du contrat de travail

9 9 9 9 9 9 9 9

Motif de cessation contrat de travail :

> Fin de contrat de travail à durée déterminée

Y

> Rupture anticipée à l'initiative

Y du salarié

Y

Y d'un accord commun

Y

Y

Y de l'employeur

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

En ce cas, terme initialement prévu

9 9 9 9 9 9 9 9

Nombre d'HEURES effectuées

9 9 9

Nombre de CACHETS*

isolés

groupés

Dans tous les cas

ET / OU

9 9

9 9

9 9

9 9

9 9

9 9

9 9

9 9

9 9

9 9

9 9

9 9

9 9

9 9

9 9

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

Rémunérations versées au cours du mois

SALAIRES BRUTS avant

9 9 9 9 9 , 9 9

SALAIRES BRUTS après

9 9 9 9 9 , 9 9

X

TAUX

9 , 9 9 %

=

9 9 9 9 , 0 0

CONTRIBUTIONS DUES

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

Autres Rémunérations

+

9 9 9 9 9 , 9 9

X

9 9 , 9 9 %

=

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

TOTAL

=

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je Soussigné(e), Nom

YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY

Prénom

YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY

agissant en qualité de

YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY

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

YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY

Fait à

YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY

le

1 1 / 1 2 / 2 0 1 8

Signature de l'employeur

ou de son représentant légal

Personne à joindre concernant cette attestation

YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY

Téléphone

Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Signature de l'employeur

ou de son représentant légal

ou de son représentant légal

ou de son représentant légal

ou de son représentant légal

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS DE 1 1 20 1 8

ATTESTATION N° X X X X X X X X X X X X

99

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

AEM INITIALE COMPLÉMENTAIRE RECTIFICATIVE POSITIVE OU NEGATIVE N° DE L'ATTESTATION INITIALE X X X X X X X X X X X X

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET X X X X X X X X X X X X X X X X Code APE/NAF X X X X X N° d'affiliation XXXXXXXXXXXX
 N° IDCC X X X X Si différent, N° IDCC de la prestation de travail [] [] [] [] au centre de recouvrement
 Raison Sociale TF1 SA
 ou nom
 Code Postal X X X X X Commune XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Téléphone X X X X X X X X X X X X
 Courriel XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Êtes-vous titulaire d'une :
 Licence du spectacle N° X X X X X X X X X X N° d'affiliation à la caisse OUI NON
 (Maximum 6 représentations par an)
 Label N° X X X de congés spectacle
 Certification Sociale N° CS X X X X X X X X X X X X

3/ SALARIÉ

Nom de Famille X Prénom X X X X X X X X X X X X X X X X
 (Nom de naissance)
 Nom d'usage X
 (Nom d'épouse, etc.)
 NIR X Date de naissance X X / X X / X X X X X X
 Ressortissant français Ressortissant UE Ressortissant EEE Ressortissant hors UE et EEE
 Adresse X
 X
 Code Postal X X X X X Commune X

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Numéro d'objet X X X X X X X X X X X X X X X X
 Régime de retraite complémentaire X Cadre Non Cadre Réalisateur Artiste Technicien Ouvrier
 Date d'embauche 0 3 / 1 0 / 2 0 1 8 Contrat en cours Sinon [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 Date de début du contrat
 Date de fin du contrat de travail 9 9 9 9 9 9 9 9
 Motif de cessation contrat de travail :
 > Fin de contrat de travail à durée déterminée
 > Rupture anticipée à l'initiative
 du salarié
 d'un accord commun
 de l'employeur
 En ce cas, terme initialement prévu 9 9 9 9 9 9 9 9
 Nombre d'HEURES effectuées 9 9 9 ET / OU 9 9 9
 Nombre de CACHETS* isolés groupés 9 9 9 9 9 9
 Dans tous les cas Nombre de jours travaillés 9 9
 * uniquement pour les artistes et les réalisateurs (voir notice)
 Rémunérations versées au cours du mois
 SALAIRES BRUTS avant 9 9 9 9 9 , 9 9 SALAIRES BRUTS après soumis à contributions d'assurance chômage * 9 9 9 9 9 , 9 9 X
 Taux 9 , 9 9 % = 9 9 9 9 , 0 0
 Inscrive le taux en vigueur
 Autres Rémunérations + 9 9 9 9 9 , 9 9 X 9 9 , 9 9 % = 9 9 9 9 , 0 0
 TOTAL = 9 9 9 9 , 0 0
 * Dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale)

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je Soussigné(e), Nom XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Prénom XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 agissant en qualité de XX
 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 XX
 Fait à XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX le 1 1 / 1 2 / 2 0 1 8
 Personne à joindre concernant cette attestation XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Téléphone X X X X X X X X X X X X
 Signature de l'employeur ou de son représentant légal

DAJ 110 10/2015 BIS LES INFORMATIONS COLLECTÉES DANS CE DOCUMENT SONT SOUMISES AU DROIT D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION PRÉVU PAR LA LOI N°78-17 DU 6 JANVIER 1978 RELATIVE À L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS, ET AUX LIBERTÉS. (VOIR AU VERSO)

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS DE 1 1 20 1 8 ATTESTATION N° Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z 99 Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le AEM INITIALE Z COMPLEMENTAIRE Z RECTIFICATIVE POSITIVE Z OU NEGATIVE Z N° DE L'ATTESTATION INITIALE Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET Z Code APE/NAF Z Z Z Z Z N° d'affiliation Z N° IDCC Z Z Z Z Si différent, N° IDCC de la prestation de travail Raison Sociale TF1 SA ou nom Code Postal Z Z Z Z Z Z Commune Z Téléphone Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Courriel Z Étes-vous titulaire d'une : Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an) OUI Z NON Z Z Licence du spectacle N° Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z N° d'affiliation à la caisse de congés spectacle OUI Z NON Z Z Label N° Z Z Z Z Certification Sociale N° CS Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z

3/ SALARIE

Nom de Famille (Nom de naissance) Z Prénom Z Nom d'usage (Nom d'épouse, etc.) Z NIR Z Date de naissance Z Z / Z Z / Z Z Z Z Z Z Ressortissant français Z Ressortissant UE Z Ressortissant EEE Z Ressortissant hors UE et EEE Z Adresse Z Code Postal Z Z Z Z Z Z Commune Z

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé Z Numéro d'objet Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Régime de retraite complémentaire Z Cadre Z Non Cadre Z Réalisateur Z Artiste Z Technicien Z Ouvrier Z Date d'embauche 0 3 / 1 0 / 2 0 1 8 Date de fin du contrat de travail 9 9 9 9 9 9 9 9 Contrat en cours Z Sinon Motif de cessation contrat de travail : > Fin de contrat de travail à durée déterminée Z > Rupture anticipée à l'initiative du salarié Z d'un accord commun Z de l'employeur En ce cas, terme initialement prévu 9 9 9 9 9 9 9 9 Nombre d'HEURES effectuées ET / OU 9 9 9 Nombre de CACHETS* isolés groupés 9 9 9 9 9 9 9 9 Dans tous les cas Nombre de jours travaillés 9 9 * uniquement pour les artistes et les réalisateurs (voir notice) Rémunérations versées au cours du mois SALAIRES BRUTS avant 9 9 9 9 9 , 9 9 SALAIRES BRUTS après soumis à contributions d'assurance chômage * 9 9 9 9 9 , 9 9 Taux 9 , 9 9 % CONTRIBUTIONS DUES 9 9 9 9 , 0 0 Autres Rémunérations + 9 9 9 9 9 , 9 9 TOTAL = 9 9 9 9 , 0 0 * Dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je Soussigné(e), Nom Z Prénom Z agissant en qualité de Z 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 Z Fait à Z le 1 1 / 1 2 / 2 0 1 8 Signature de l'employeur ou de son représentant légal Personne à joindre concernant cette attestation Z Téléphone Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z

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

Cette attestation mensuelle doit être adressée au Pôle emploi services - Cinéma Spectacle - TSA 70113 - 92891 Nanterre Cedex 9 au plus tôt dès son émission ou, à défaut, pour le 15 du mois suivant le versement de la rémunération, au plus tard.

1/ ATTESTATION (AEM) MOIS DE 1 1 20 1 8 ATTESTATION N° X X X X X X X X X X X X X X 99
Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le
AEM INITIALE X COMPLEMENTAIRE X RECTIFICATIVE POSITIVE X OU NEGATIVE X N° DE L'ATTESTATION INITIALE X X X X X X X X X X X X X

2/ EMPLOYEUR
N° SIRET X Code APE/NAF X X X X X N° d'affiliation XXXXXXXXXXXXXX
N° IDCC X X X X Si différent, N° IDCC de la prestation de travail N° d'affiliation au centre de recouvrement
Raison Sociale TF1 SA Téléphone X X X X X X X X X X X X X X
ou nom Code Postal X X X X X X Commune XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Courriel XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Êtes-vous titulaire d'une : Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an) OUI X NON X
X Licence du spectacle N° X X X X X X X X X X X X X X X X N° d'affiliation à la caisse OUI X X X X X X X X X X X X NON X
de congés spectacle
X Label N° X X X
X Certification Sociale N° CS X X X X X X X X X X X X X

3/ SALARIE
Nom de Famille X Prénom X X X X X X X X X X X X X X X X X X
(Nom de naissance) X
Nom d'usage X
(Nom d'épouse, etc.) X
NIR X Date de naissance X X / X X / X X X X X X
Ressortissant français X Ressortissant UE X Ressortissant EEE X Ressortissant hors UE et EEE X
Adresse X
X
Code Postal X X X X X X Commune X

4/ PRESTATION DE TRAVAIL
Emploi occupé XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Numéro d'objet X X X X X X X X X X X X X X X X X X
Régime de retraite complémentaire X
Cadre X Non Cadre X Réalisateur X Artiste X Technicien X Ouvrier X
Date d'embauche 0 3 / 1 0 / 2 0 1 8 Contrat en cours X Sinon X Date de fin du contrat de travail 9 9 9 9 9 9 9 9
Date de début du contrat Motif de cessation contrat de travail :
> Fin de contrat de travail à durée déterminée X
> Rupture anticipée à l'initiative
X du salarié
X d'un accord commun
X de l'employeur
En ce cas, terme initialement prévu 9 9 9 9 9 9 9 9
Nombre d'HEURES effectuées 9 9 9 ET / OU 9 9 9 isolés 9 9 groupés 9 9 9 9 Nombre de jours travaillés 9 9
* uniquement pour les artistes et les réalisateurs (voir notice)
Rémunérations versées au cours du mois
SALAIRES BRUTS avant 9 9 9 9 9 , 9 9 SALAIRES BRUTS après soumis à contributions d'assurance chômage * 9 9 9 9 9 , 9 9 X
Autres Rémunérations + 9 9 9 9 9 , 9 9 X TAUX 9 , 9 9 % = 9 9 9 9 , 0 0
Inscrire le taux en vigueur 9 9 , 9 9 % = 9 9 9 9 , 0 0
TOTAL = 9 9 9 9 , 0 0
* Dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale)

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR
Je Soussigné(e), Nom XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Prénom XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
agissant en qualité de XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
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 XX
Fait à XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX le 1 1 / 1 2 / 2 0 1 8 Signature de l'employeur ou de son représentant légal
Personne à joindre concernant cette attestation XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Téléphone X X X X X X X X X X X X X X X X

1/ ATTESTATION (AEM) MOIS DE **1 1 20 1 8** ATTESTATION N° **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y 99**

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

AEM INITIALE **Y** COMPLÉMENTAIRE **Y** RECTIFICATIVE POSITIVE **Y** OU NEGATIVE **Y** N° DE L'ATTESTATION INITIALE **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y**

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y** Code APE/NAF **Y Y Y Y Y** N° d'affiliation **YYYYYYYYYYYY**

N° IDCC **Y Y Y Y** Si différent, N° IDCC de la prestation de travail au centre de recouvrement

Raison Sociale **TF1 SA** Téléphone **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y**

ou nom

Code Postal **Y Y Y Y Y** Commune **YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY** Courriel **YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY**

Êtes-vous titulaire d'une :

Licence du spectacle N° **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y** N° d'affiliation à la caisse OUI **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y** NON **Y**

Label N° **Y Y Y** de congés spectacle

Certification Sociale N° CS **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y** Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an) OUI NON **Y**

3/ SALARIÉ

Nom de Famille **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y** Prénom **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y**

Nom d'usage (Nom d'épouse, etc.) **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y**

NIR **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y** Date de naissance **Y Y / Y Y / Y Y Y Y**

Ressortissant français Ressortissant UE Ressortissant EEE Ressortissant hors UE et EEE

Adresse **Y Y**

Code Postal **Y Y Y Y Y** Commune **Y Y**

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé **YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY** Numéro d'objet **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y**

Régime de retraite complémentaire **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y** Cadre Non Cadre Réalisateur Artiste Technicien Ouvrier

Date d'embauche **0 3 / 1 0 / 2 0 1 8** Date de début du contrat) **Contrat en cours** **Sinon** Date de fin du contrat de travail **9 9 9 9 9 9 9 9**

Motif de cessation contrat de travail :

> Fin de contrat de travail à durée déterminée du salarié

> Rupture anticipée à l'initiative d'un accord commun

de l'employeur

En ce cas, terme initialement prévu **9 9 9 9 9 9 9 9**

Nombre d'HEURES effectuées	Nombre de CACHETS*	Dans tous les cas
9 9 9	isolés 9 9 groupés 9 9	Nombre de jours travaillés 9 9
ET / OU		
* uniquement pour les artistes et les réalisateurs (voir notice)		

SALAIRES BRUTS avant	SALAIRES BRUTS après	TAUX	CONTRIBUTIONS DUES
9 9 9 9 9 , 9 9	9 9 9 9 9 , 9 9	9 9 , 9 9 %	9 9 9 9 , 0 0
Autres Rémunérations +	9 9 9 9 9 , 9 9	9 9 , 9 9 %	9 9 9 9 , 0 0
		TOTAL	= 9 9 9 9 , 0 0

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

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je Soussigné(e), Nom **YYYYYYYYYYYYYYYY** Prénom **YYYYYYYYYYYYYYYY**

agissant en qualité de **YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY**

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 **YY**

Fait à **YYYYYYYYYYYYYYYYYYYY** le **1 1 / 1 2 / 2 0 1 8**

Personne à joindre concernant cette attestation **YYYYYYYYYYYYYYYYYYYY**

Téléphone **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y**

Signature de l'employeur
ou de son représentant légal

1/ ATTESTATION (AEM) MOIS DE **1 1** 20**1 8** ATTESTATION N° **X X X X X X X X X X X X** **99**
 Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le
AEM INITIALE COMPLÉMENTAIRE RECTIFICATIVE POSITIVE OU NEGATIVE N° DE L'ATTESTATION INITIALE **X X X X X X X X X X X X**

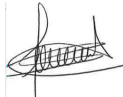
2/ EMPLOYEUR
 N° SIRET **X X X X X X X X X X X X X X X X** Code APE/NAF **X X X X X** N° d'affiliation **XXXXXXXXXXXXXX**
 N° IDCC **X X X X** Si différent, N° IDCC de la prestation de travail **[] [] [] [] []** au centre de recouvrement
 Raison Sociale **TF1 SA**
 ou nom
 Code Postal **X X X X X** Commune **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** Téléphone **X X X X X X X X X X**
 Courriel **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**
 Êtes-vous titulaire d'une :
 Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an) OUI NON
 Licence du spectacle N° **X X X X X X X X X X** N° d'affiliation à la caisse de congés spectacle OUI NON
 Label N° **X X X**
 Certification Sociale N° CS **X X X X X X X X X X X**

3/ SALARIÉ
 Nom de Famille **X X** Prénom **X X X X X X X X X X X X X X X X X**
 Nom d'usage **X X**
 (Nom d'épouse, etc.)
 NIR **X X X X X X X X X X X X X X** Date de naissance **X X / X X / X X X X X**
 Ressortissant français Ressortissant UE Ressortissant EEE Ressortissant hors UE et EEE
 Adresse **X X**
X X
 Code Postal **X X X X X** Commune **X X**

4/ PRESTATION DE TRAVAIL
 Emploi occupé **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** Numéro d'objet **X X X X X X X X X X X X X X**
 Régime de retraite complémentaire **X X** Cadre Non Cadre Réalisateur Artiste Technicien Ouvrier
 Date d'embauche **0 3 / 1 0 / 2 0 1 8** Contrat en cours Sinon Date de fin du contrat de travail **9 9 9 9 9 9 9 9**
 Date de début du contrat
 Motif de cessation contrat de travail :
 > Fin de contrat de travail à durée déterminée
 > Rupture anticipée à l'initiative du salarié
 > Rupture anticipée à l'initiative d'un accord commun
 > Rupture anticipée à l'initiative de l'employeur
 En ce cas, terme initialement prévu **9 9 9 9 9 9 9 9**

Rémunérations versées au cours du mois		TAUX	CONTRIBUTIONS DUES
SALAIRES BRUTS avant	SALAIRES BRUTS après soumis à contributions d'assurance chômage *		
9 9 9 9 9 , 9 9	9 9 9 9 9 , 9 9	<input checked="" type="checkbox"/> 9 , 9 9 %	= 9 9 9 9 , 0 0
Autres Rémunérations +	9 9 9 9 9 , 9 9	<input checked="" type="checkbox"/> 9 9 , 9 9 %	= 9 9 9 9 , 0 0
		TOTAL	= 9 9 9 9 , 0 0

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

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR
 Je Soussigné(e), Nom **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** Prénom **XXXXXXXXXXXXXXXXXX**
 agissant en qualité de **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**
 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 **XX**
 Fait à **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** le **1 1 / 1 2 / 2 0 1 8**
 Personne à joindre concernant cette attestation **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**
 Téléphone **X X X X X X X X X X**
 Signature de l'employeur ou de son représentant légal 

DAJ 110 10/2015 BIS LES INFORMATIONS COLLECTÉES DANS CE DOCUMENT SONT SOUMISES AU DROIT D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION PRÉVU PAR LA LOI N°78-17 DU 6 JANVIER 1978 RELATIVE À L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS, ET AUX LIBERTÉS. (VOIR AU VERSO)

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS DE 1 1 20 1 8

ATTESTATION N° Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

99

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

AEM INITIALE Y COMPLEMENTAIRE Y RECTIFICATIVE POSITIVE Y OU NEGATIVE Y N° DE L'ATTESTATION INITIALE Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Code APE/NAF Y Y Y Y Y N° d'affiliation Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

N° IDCC Y Y Y Y Si différent, N° IDCC de la prestation de travail [] [] [] [] Courriel Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Raison Sociale TF1 SA Téléphone Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

ou nom Code Postal Y Y Y Y Y Y Commune Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Étes-vous titulaire d'une : Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an) OUI Y NON Y

Y Licence du spectacle N° Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y N° d'affiliation à la caisse de congés spectacle OUI Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y NON Y

Y Label N° Y Y Y

Y Certification Sociale N° CS Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

3/ SALARIÉ

Nom de Famille Y Prénom Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Nom d'usage Y

(Nom d'épouse, etc.) NIR Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Date de naissance Y Y / Y Y / Y Y Y Y Y Y

Ressortissant français Y Ressortissant UE Y Ressortissant EEE Y Ressortissant hors UE et EEE Y

Adresse Y

Code Postal Y Y Y Y Y Y Commune Y

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé Y Numéro d'objet Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Régime de retraite complémentaire Y Cadre Y Non Cadre Y Réalisateur Y Artiste Y Technicien Y Ouvrier Y

Date d'embauche 0 3 / 1 0 / 2 0 1 8 Contrat en cours Y Sinon Date de fin du contrat de travail 9 9 9 9 9 9 9 9

Date de début du contrat Motif de cessation contrat de travail : > Fin de contrat de travail à durée déterminée Y > Rupture anticipée à l'initiative Y du salarié Y d'un accord commun Y de l'employeur En ce cas, terme initialement prévu 9 9 9 9 9 9 9 9

Nombre d'HEURES effectuées ET / OU Nombre de CACHETS* isolés groupés Nombre de jours travaillés

9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9

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

Rémunérations versées au cours du mois

SALAIRES BRUTS avant	SALAIRES BRUTS après soumis à contributions d'assurance chômage *	TAUX	CONTRIBUTIONS DUES
9 9 9 9 9 , 9 9	9 9 9 9 9 , 9 9	9 , 9 9 %	9 9 9 9 , 0 0
Autres Rémunérations +	9 9 9 9 9 , 9 9	9 9 , 9 9 %	9 9 9 9 , 0 0
		TOTAL	= 9 9 9 9 , 0 0

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

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je Soussigné(e), Nom Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Prénom Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

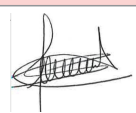
agissant en qualité de Y

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 Y

Fait à Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y le 1 1 / 1 2 / 2 0 1 8

Personne à joindre concernant cette attestation Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Téléphone Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Signature de l'employeur ou de son représentant légal 

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

Utiliser un stylo à billes à encre noire

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS DE 1 1 20 1 8

ATTESTATION N° X X X X X X X X X X X X X X 99

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

AEM INITIALE COMPLÉMENTAIRE RECTIFICATIVE POSITIVE OU NEGATIVE N° DE L'ATTESTATION INITIALE X X X X X X X X X X X X X X

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET X Code APE/NAF X X X X X N° d'affiliation XXXXXXXXXXXX
 N° IDCC X X X X Si différent, N° IDCC de la prestation de travail Si différent, N° IDCC de la prestation de travail
 Raison Sociale TF1 SA Téléphone X X X X X X X X X X X X
 Code Postal X X X X X X Commune XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Courriel XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Êtes-vous titulaire d'une :
 Licence du spectacle N° X X X X X X X X X X N° d'affiliation à la caisse OUI X X X X X X X X X X NON X
 Label N° X X X X
 Certification Sociale N° CS X X X X X X X X X X X X

3/ SALARIÉ

Nom de Famille X Prénom X X X X X X X X X X X X X X X X X X X
 Nom d'usage X
 NIR X
 Date de naissance X X / X X / X X X X X X
 Ressortissant français Ressortissant UE Ressortissant EEE Ressortissant hors UE et EEE
 Adresse X
 Code Postal X X X X X X Commune X

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Numéro d'objet X X X X X X X X X X X X X X X X
 Régime de retraite complémentaire X Cadre Non Cadre Réalisateur Artiste Technicien Ouvrier
 Date d'embauche 0 3 / 1 0 / 2 0 1 8 Contrat en cours Sinon Date de fin du contrat de travail 9 9 9 9 9 9 9 9 9
 Motif de cessation contrat de travail :
 > Fin de contrat de travail à durée déterminée
 > Rupture anticipée à l'initiative du salarié
 d'un accord commun
 de l'employeur
 En ce cas, terme initialement prévu 9 9 9 9 9 9 9 9 9
 Nombre d'HEURES effectuées 9 9 9 ET / OU 9 9 9 isolés 9 9 groupés 9 9 Nombre de jours travaillés 9 9
 * uniquement pour les artistes et les réalisateurs (voir notice)
 Rémunérations versées au cours du mois
 SALAIRES BRUTS avant 9 9 9 9 9 , 9 9 SALAIRES BRUTS après soumis à contributions d'assurance chômage * 9 9 9 9 9 , 9 9 X
 Taux 9 , 9 9 % = 9 9 9 9 , 0 0
 Inscrivez le taux en vigueur
 Autres Rémunérations + 9 9 9 9 9 , 9 9 X 9 9 , 9 9 % = 9 9 9 9 , 0 0
 TOTAL = 9 9 9 9 , 0 0
 * Dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale)

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je Soussigné(e), Nom XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX Prénom XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 agissant en qualité de XXX
 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 XXX
 Fait à XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX le 1 1 / 1 2 / 2 0 1 8 Signature de l'employeur ou de son représentant légal
 Personne à joindre concernant cette attestation XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Téléphone X X X X X X X X X X X X

DAJ 110 10/2015 BIS LES INFORMATIONS COLLECTÉES DANS CE DOCUMENT SONT SOUMISES AU DROIT D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION PRÉVU PAR LA LOI N° 78-17 DU 6 JANVIER 1978 RELATIVE À L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS, ET AUX LIBERTÉS. (VOIR AU VERSO)

1/ ATTESTATION (AEM)	MOIS DE 11 20 18	ATTESTATION N°	Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y	99
AEM INITIALE Y	COMPLEMENTAIRE Y	RECTIFICATIVE POSITIVE Y	OU NEGATIVE Y	N° DE L'ATTESTATION INITIALE Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

2/ EMPLOYEUR	N° SIRET Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y	Code APE/NAF Y Y Y Y	N° d'affiliation YYYYYYYYYYYY
N° IDCC Y Y Y Y	Si différent, N° IDCC de la prestation de travail 	Téléphone Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y	Courriel YYYYYYYYYYYYYYYYYYYY
Raison Sociale TF1 SA	Code Postal Y Y Y Y	Commune YYYYYYYYYYYYYYYYYYYY	N° d'affiliation à la caisse de congés spectacle OUI Y NON Y
Étes-vous titulaire d'une :	Y Licence du spectacle N° Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y	N° d'affiliation à la caisse de congés spectacle OUI Y NON Y	Y Certification Sociale N° CS Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

3/ SALARIÉ	Nom de Famille Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y	Prénom Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y
Nom d'usage Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y	Date de naissance Y Y / Y Y / Y Y Y Y	
NIR Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y	Ressortissant français Y UE Y EEE Y hors UE et EEE Y	
Adresse Y Y		
Code Postal Y Y Y Y Y	Commune Y Y	

4/ PRESTATION DE TRAVAIL	Emploi occupé YYYYYYYYYYYYYYYYYYYY	Numéro d'objet Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y	
Régime de retraite complémentaire Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y	Cadre Y Non Cadre Y	Réalisateur Y Artiste Y Technicien Y Ouvrier Y	
Date d'embauche 03 / 10 / 2018	Contrat en cours Y Sinon 	Date de fin du contrat de travail 99 99 99 99	
Nombre d'HEURES effectuées 999	Nombre de CACHETS* 999	Nombre de jours travaillés 99	
* uniquement pour les artistes et les réalisateurs (voir notice)			
Rémunérations versées au cours du mois			
SALAIRES BRUTS avant 99999,99	SALAIRES BRUTS après 99999,99	TAUX 9,99 %	CONTRIBUTIONS DUES 9999,00
Autres Rémunérations 99999,99		9,99 %	9999,00
		TOTAL	= 9999,00

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR	Je Soussigné(e), Nom YYYYYYYYYYYYYYYY	Prénom YYYYYYYYYYYYYYYY
agissant en qualité de YYYYYYYYYYYYYYYY		
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 YYYYYYYYYYYYYYYY		
Fait à YYYYYYYYYYYYYYYY	le 11 / 12 / 2018	Signature de l'employeur ou de son représentant légal
Personne à joindre concernant cette attestation YYYYYYYYYYYYYYYY		
Téléphone Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y		

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS DE 11 20 18

ATTESTATION N°

Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

99

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

AEM INITIALE

Y

COMPLEMENTAIRE

Y

RECTIFICATIVE POSITIVE

Y

OU NEGATIVE

Y

N° DE L'ATTESTATION INITIALE

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET

Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Code APE/NAF

Y Y Y Y Y

N° d'affiliation

YYYYYYYYYYYY

N° IDCC

Y Y Y Y

Si différent, N° IDCC de la prestation de travail

Code Postal

Code Commune

Code Téléphone

Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Raison Sociale

TF1 SA

ou nom

Code Postal

Y Y Y Y Y

Commune

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Téléphone

Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Courriel

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Êtes-vous titulaire d'une :

Y Licence du spectacle

N° Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

N° d'affiliation à la caisse

Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an)

OUI

NON

Y

NON

Y

Y Label

N°

Y

Y

N° d'affiliation à la caisse de congés spectacle

Y Certification Sociale

N°

CS

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

Y

3/ SALARIE

Nom de Famille (Nom de naissance)

Y Y

Prénom

Y Y

Nom d'usage (Nom d'épouse, etc.)

Y Y

NIR

Y Y

Date de naissance

Y Y / Y Y / Y Y Y Y

Ressortissant français

Y

Ressortissant UE

Y

Ressortissant EEE

Y

Ressortissant hors UE et EEE Y

Adresse

Y Y

Code Postal

Y Y Y Y Y

Commune

Y Y

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé YYYYYYYYYYYYYYYYYYYY

Numéro d'objet

Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Régime de retraite complémentaire

Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Cadre

Y

Non Cadre

Y

Réalisateur

Y

Artiste

Y

Technicien

Y

Ouvrier

Y

Date d'embauche (Date de début du contrat)

0 3 / 1 0 / 2 0 1 8

Contrat en cours

Y

Sinon

Y

Date de fin du contrat de travail

9 9 9 9 9 9 9 9

Motif de cessation contrat de travail :

> Fin de contrat de travail à durée déterminée

Y

> Rupture anticipée à l'initiative

Y du salarié

Y d'un accord commun

Y de l'employeur

En ce cas, terme initialement prévu

9 9 9 9 9 9 9 9

Nombre d'HEURES effectuées

9 9 9

ET / OU

Nombre de CACHETS*

isolés groupés

9 9 9 9

Dans tous les cas

Nombre de jours travaillés

9 9

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

Rémunérations versées au cours du mois

SALAIRES BRUTS avant

9 9 9 9 9 , 9 9

Autres Rémunérations

+

9 9 9 9 9 , 9 9

X

9 9 9 9 %

Inscrire le taux en vigueur

9 9 9 9 %

CONTRIBUTIONS DUES

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

TOTAL

= 9 9 9 9 , 0 0

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

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je Soussigné(e), Nom YYYYYYYYYYYYYYYY

Prénom YYYYYYYYYYYYYYYY

agissant en qualité de YYYYYYYYYYYYYYYYYYYY

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 YYYYYYYYYYYYYYYYYYYY

Fait à YYYYYYYYYYYYYYYY le 11 / 12 / 20 18

Personne à joindre concernant cette attestation YYYYYYYYYYYYYYYY

Téléphone Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

Signature de l'employeur ou de son représentant légal

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

DAJ 110 10/2015 BIS LES INFORMATIONS COLLECTÉES DANS CE DOCUMENT SONT SOUMISES AU DROIT D'ACCÈS ET DE RECTIFICATION PRÉVU PAR LA LOI N°78-17 DU 6 JANVIER 1978 RELATIVE À L'INFORMATIQUE, AUX FICHIERS, ET AUX LIBERTÉS. (VOIR AU VERSO)

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS DE **11** 20**18**

ATTESTATION N° **XXXXXXXXXXXX 99**

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

AEM INITIALE COMPLÉMENTAIRE RECTIFICATIVE POSITIVE OU NEGATIVE N° DE L'ATTESTATION INITIALE **XXXXXXXXXXXX**

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET **XXXXXXXXXX** Code APE/NAF **XXXXX** N° d'affiliation **XXXXXXXXXXXX**
 N° IDCC **XXXX** Si différent, N° IDCC de la prestation de travail **XXXX** au centre de recouvrement
 Raison Sociale **TF1 SA** Téléphone **XXXXXXXXXX**
 ou nom
 Code Postal **XXXXXX** Commune **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** Courriel **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**
 Êtes-vous titulaire d'une :
 Licence du spectacle N° **XXXXXXXXXX** N° d'affiliation à la caisse OUI NON
 (Maximum 6 représentations par an)
 Label N° **XX** de congés spectacle
 Certification Sociale N° CS **XXXXXX**

3/ SALARIÉ

Nom de Famille **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** Prénom **XXXXXXXXXXXX**
 (Nom de naissance)
 Nom d'usage **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**
 (Nom d'épouse, etc.)
 NIR **XXXXXXXXXX** Date de naissance **XX/XX/XXXX**
 Ressortissant français Ressortissant UE Ressortissant EEE Ressortissant hors UE et EEE
 Adresse **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
 Code Postal **XXXXXX** Commune **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** Numéro d'objet **XXXXXXXXXXXX**
 Régime de retraite complémentaire **XXXXXXXXXXXX** Cadre Non Cadre Réalisateur Artiste Technicien Ouvrier
 Date d'embauche **03/10/2018** Contrat en cours Sinon Date de fin du contrat de travail **99999999**
 Date de début du contrat
 Motif de cessation contrat de travail :
 > Fin de contrat de travail à durée déterminée
 > Rupture anticipée à l'initiative
 du salarié
 d'un accord commun
 de l'employeur
 En ce cas, terme initialement prévu **99999999**

Nombre d'HEURES effectuées	Nombre de CACHETS* isolés / groupés	Dans tous les cas Nombre de JOURS travaillés
999	99 / 99	99

ET / OU

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

Rémunérations versées au cours du mois


SALAIRES BRUTS avant	SALAIRES BRUTS après soumis à contributions d'assurance chômage *	TAUX	CONTRIBUTIONS DUES
99999,99	99999,99	9,99 %	9999,00
Autres Rémunérations +	99999,99	9,99 %	9999,00
		TOTAL	9999,00

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

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je Soussigné(e), Nom **XXXXXXXXXXXX** Prénom **XXXXXXXXXXXX**
 agissant en qualité de **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**
 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 **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**
 Fait à **XXXXXXXXXXXX** le **11/12/2018**
 Personne à joindre concernant cette attestation **XXXXXXXXXXXX**
 Téléphone **XXXXXXXXXX**

Signature de l'employeur
ou de son représentant légal



1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS DE 1 1 20 1 8

ATTESTATION N° Z

99

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

AEM INITIALE Z COMPLEMENTAIRE Z RECTIFICATIVE POSITIVE Z OU NEGATIVE Z N° DE L'ATTESTATION INITIALE Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET Z Code APE/NAF Z Z Z Z Z N° d'affiliation Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z
N° IDCC Z Z Z Z Si différent, N° IDCC de la prestation de travail
Raison Sociale TF1 SA ou nom
Code Postal Z Z Z Z Z Commune Z Téléphone Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z
Courriel Z
Êtes-vous titulaire d'une :
Z Licence du spectacle N° Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z N° d'affiliation à la caisse OUI Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z NON Z
Z Label N° Z Z Z Z de congés spectacle
Z Certification Sociale N° CS Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z

3/ SALARIE

Nom de Famille Z Prénom Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z
Nom d'usage Z
NIR Z Date de naissance Z Z / Z Z / Z Z Z Z Z Z
Ressortissant français Z Ressortissant UE Z Ressortissant EEE Z Ressortissant hors UE et EEE Z
Adresse Z
Code Postal Z Z Z Z Z Z Commune Z

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé Z Numéro d'objet Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z
Régime de retraite complémentaire Z Cadre Z Non Cadre Z Réalisateur Z Artiste Z Technicien Z Ouvrier Z
Date d'embauche 0 3 / 1 0 / 2 0 1 8 Contrat en cours Z Sinon
Date de fin du contrat de travail 9 9 9 9 9 9 9 9
Motif de cessation contrat de travail :
> Fin de contrat de travail à durée déterminée Z
> Rupture anticipée à l'initiative
Z du salarié
Z d'un accord commun
Z de l'employeur
En ce cas, terme initialement prévu 9 9 9 9 9 9 9 9
Nombre d'HEURES effectuées 9 9 9 ET / OU
Nombre de CACHETS* isolés groupés
Nombre de jours travaillés 9 9
* uniquement pour les artistes et les réalisateurs (voir notice)
Rémunérations versées au cours du mois
SALAIRES BRUTS avant 9 9 9 9 9 , 9 9 SALAIRES BRUTS après soumis à contributions d'assurance chômage * 9 9 9 9 9 , 9 9 X
Autres Rémunérations + 9 9 9 9 9 , 9 9 X
TAUX 9 , 9 9 % = 9 9 9 9 , 0 0
Inscrire le taux en vigueur
9 9 , 9 9 % = 9 9 9 9 , 0 0
TOTAL = 9 9 9 9 , 0 0
* Dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale)

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je Soussigné(e), Nom Z Prénom Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z
agissant en qualité de Z
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 Z
Fait à Z le 1 1 / 1 2 / 2 0 1 8
Personne à joindre concernant cette attestation Z
Téléphone Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z
Signature de l'employeur ou de son représentant légal [Signature]

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS DE 1 1 20 1 8 ATTESTATION N° Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y 99

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

AEM INITIALE Y COMPLÉMENTAIRE Y RECTIFICATIVE POSITIVE Y OU NEGATIVE Y N° DE L'ATTESTATION INITIALE Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Code APE/NAF Y Y Y Y Y Y N° d'affiliation Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y
 N° IDCC Y Y Y Y Si différent, N° IDCC de la prestation de travail [] [] [] [] au centre de recouvrement
 Raison Sociale TF1 SA
 ou nom
 Code Postal Y Y Y Y Y Y Commune Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Téléphone Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y
 Courriel Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y
 Êtes-vous titulaire d'une :
 Y Licence du spectacle N° Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y N° d'affiliation à la caisse OUI Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y NON Y
 de congés spectacle
 Y Label N° Y Y Y Y
 Y Certification Sociale N° CS Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y

3/ SALARIÉ

Nom de Famille Y Prénom Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y
 (Nom de naissance)
 Nom d'usage Y
 (Nom d'épouse, etc.)
 NIR Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Date de naissance Y Y / Y Y / Y Y Y Y Y
 Ressortissant français Y Ressortissant UE Y Ressortissant EEE Y Ressortissant hors UE et EEE Y
 Adresse Y
 Code Postal Y Y Y Y Y Y Commune Y

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé Y Numéro d'objet Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y
 Régime de retraite Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Cadre Y Non Cadre Y Réalisateur Y Artiste Y Technicien Y Ouvrier Y
 complémentaire

Date d'embauche 0 3 / 1 0 / 2 0 1 8 Contrat en cours Y Sinon Date de fin du contrat de travail 9 9 9 9 9 9 9 9
 Date de début du contrat

Nombre d'HEURES effectuées 9 9 9	Nombre de CACHETS* isolés 9 9 groupés 9 9	Dans tous les cas Nombre de jours travaillés 9 9
--	---	---

ET / OU

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

Motif de cessation contrat de travail :
 > Fin de contrat de travail à durée déterminée Y
 > Rupture anticipée à l'initiative
 du salarié Y
 d'un accord commun Y
 de l'employeur Y
 En ce cas, terme initialement prévu 9 9 9 9 9 9 9 9

Rémunérations versées au cours du mois		TAUX	CONTRIBUTIONS DUES
SALAIRES BRUTS avant	SALAIRES BRUTS après soumis à contributions d'assurance chômage *	9 9 9 %	9 9 9 9 , 0 0
9 9 9 9 9 , 9 9	9 9 9 9 9 , 9 9	Inscrire le taux en vigueur	
Autres Rémunérations +	9 9 9 9 9 , 9 9	9 9 , 9 9 %	9 9 9 9 , 0 0
		TOTAL	= 9 9 9 9 , 0 0

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

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je Soussigné(e), Nom Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Prénom Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y
 agissant en qualité de Y
 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 Y
 Fait à Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y le 1 1 / 1 2 / 2 0 1 8
 Personne à joindre concernant cette attestation Y
 Téléphone Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y
 Signature de l'employeur ou de son représentant légal

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS DE **1 1 20 1 8** ATTESTATION N° **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y** **99**

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

AEM INITIALE **Y** COMPLEMENTAIRE **Y** RECTIFICATIVE POSITIVE **Y** OU NEGATIVE **Y** N° DE L'ATTESTATION INITIALE **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y**

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y** Code APE/NAF **Y Y Y Y Y** N° d'affiliation **YYYYYYYYYYYY**
N° IDCC **Y Y Y Y** Si différent, N° IDCC de la prestation de travail au centre de recouvrement
Raison Sociale **TF1 SA**
ou nom
Code Postal **Y Y Y Y Y** Commune **YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY** Téléphone **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y**
Courriel **YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY**
Êtes-vous titulaire d'une :
Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an) OUI **Y** NON **Y**
Y Licence du spectacle N° **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y** N° d'affiliation à la caisse OUI **Y** NON **Y**
Y Label N° **Y Y Y** de congés spectacle
Y Certification Sociale N° CS **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y**

3/ SALARIE

Nom de Famille **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y** Prénom **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y**
(Nom de naissance)
Nom d'usage **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y**
(Nom d'épouse, etc.)
NIR **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y** Date de naissance **Y Y / Y Y / Y Y Y Y**
Ressortissant français **Y** Ressortissant UE **Y** Ressortissant EEE **Y** Ressortissant hors UE et EEE **Y**
Adresse **Y Y**
Y Y
Code Postal **Y Y Y Y Y** Commune **Y Y**

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé **YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY** Numéro d'objet **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y**

Régime de retraite complémentaire **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y** Cadre **Y** Non Cadre **Y** Réalisateur **Y** Artiste **Y** Technicien **Y** Ouvrier **Y**

Date d'embauche **0 3 / 1 0 / 2 0 1 8** Date de début du contrat) **Contrat en cours** **Y** Sinon Date de fin du contrat de travail **9 9 9 9 9 9 9 9**

Motif de cessation contrat de travail :
> Fin de contrat de travail à durée déterminée **Y**
> Rupture anticipée à l'initiative
Y du salarié
Y d'un accord commun
Y de l'employeur
En ce cas, terme initialement prévu **9 9 9 9 9 9 9 9**

Nombre d'HEURES effectuées		Nombre de CACHETS*		Dans tous les cas	
ET / OU		isolés groupés		Nombre de jours travaillés	
9 9 9		9 9 9 9		9 9	

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

SALAIRES BRUTS avant	SALAIRES BRUTS après	TAUX	CONTRIBUTIONS DUES
9 9 9 9 9 , 9 9	9 9 9 9 9 , 9 9	9 , 9 9 %	9 9 9 9 , 0 0
Autres Rémunérations + 9 9 9 9 9 , 9 9		Inscrire le taux en vigueur 9 9 , 9 9 %	9 9 9 9 , 0 0
		TOTAL =	9 9 9 9 , 0 0

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

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

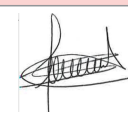
Je Soussigné(e), Nom **YYYYYYYYYYYYYYYY** Prénom **YYYYYYYYYYYYYYYY**
agissant en qualité de **YYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYYY**

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 **YY**

Fait à **YYYYYYYYYYYYYYYYYYYY** le **1 1 / 1 2 / 20 1 8**

Personne à joindre concernant cette attestation **YYYYYYYYYYYYYYYYYYYY**

Téléphone **Y Y Y Y Y Y Y Y Y Y**

Signature de l'employeur ou de son représentant légal 

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS DE **1 1** 20 **1 8**

ATTESTATION N° **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z** **99**

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

AEM INITIALE **Z** COMPLEMENTAIRE **Z** RECTIFICATIVE POSITIVE **Z** OU NEGATIVE **Z** N° DE L'ATTESTATION INITIALE **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z**

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z**

Code APE/NAF **Z Z Z Z Z**

N° d'affiliation **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z**

N° IDCC **Z Z Z Z**

Si différent, N° IDCC de la prestation de travail **Z Z Z Z**

N° de centre de recouvrement

Raison Sociale **TF1 SA**

ou nom

Téléphone **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z**

Code Postal **Z Z Z Z Z** Commune **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z**

Courriel **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z**

Êtes-vous titulaire d'une :

Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an) OUI **Z** NON **Z**

Z Licence du spectacle N° **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z**

N° d'affiliation à la caisse OUI **Z** NON **Z**

Z Label N° **Z Z Z**

de congés spectacle

Z Certification Sociale N° **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z**

3/ SALARIE

Nom de Famille (Nom de naissance) **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z** Prénom **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z**

Nom d'usage (Nom d'épouse, etc.) **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z**

NIR **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z** Date de naissance **Z Z / Z Z / Z Z Z Z**

Ressortissant français **Z** Ressortissant UE **Z** Ressortissant EEE **Z** Ressortissant hors UE et EEE **Z**

Adresse **Z Z**

Z Z

Code Postal **Z Z Z Z Z** Commune **Z Z**

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé **Z Z** Numéro d'objet **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z**

Régime de retraite complémentaire **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z** Cadre **Z** Non Cadre **Z** Réalisateur **Z** Artiste **Z** Technicien **Z** Ouvrier **Z**

Date d'embauche (Date de début du contrat) **0 3 / 1 0 / 2 0 1 8** Contrat en cours **Z** Sinon **Z**

Date de fin du contrat de travail **9 9 / 9 9 / 9 9 9 9**

Motif de cessation contrat de travail :

> Fin de contrat de travail à durée déterminée **Z**

> Rupture anticipée à l'initiative

Z du salarié

Z d'un accord commun

Z de l'employeur

En ce cas, terme initialement prévu **9 9 / 9 9 / 9 9 9 9**

Nombre d'HEURES effectuées

Nombre de CACHETS* isolés

groupés

Dans tous les cas Nombre de jours travaillés

ET / OU

9 9 9

9 9

9 9

9 9

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

Rémunérations versées au cours du mois

SALAIRES BRUTS avant

9 9 9 9 9 , 9 9

SALAIRES BRUTS après

soumis à contributions d'assurance chômage *

9 9 9 9 9 , 9 9

X

Autres Rémunérations **+**

9 9 9 9 9 , 9 9

X

TAUX

9 , 9 9 %

Inscrire le taux en vigueur

9 9 , 9 9 %

TOTAL

CONTRIBUTIONS DUES

9 9 9 9 , 0 0

9 9 9 9 , 0 0

= 9 9 9 9 , 0 0

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

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je Soussigné(e), Nom **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z**

Prénom **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z**

agissant en qualité de **Z Z**

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 **Z Z**

Fait à **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z** le **1 1 / 1 2 / 2 0 1 8**

Personne à joindre concernant cette attestation **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z**

Téléphone **Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z Z**

Signature de l'employeur

ou de son représentant légal