

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS 0 3 20 2 3
en chiffre

ATTESTATION N° YBSQ002190

04

AEM INITIALE X

COMPLÉMENTAIRE

RECTIFICATIVE POSITIVE

OU NÉGATIVE

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

N° DE L'ATTESTATION INITIALE

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET 75096418100010

Code APE/NAF 5911A

N° d'affiliation 80003105610
au centre de recouvrement

N° IDCC 2642

Si différent, N°IDCC de la prestation de travail

Raison Sociale ou nom SMALL BANG

Code postal 75011

Commune PARIS

Téléphone 0183568725

Courriel pierre.cattan@smallban

Êtes-vous titulaire d'un ou d'une :

Licence du spectacle N°

N° d'affiliation à la caisse
de congés spectacles

OUI X

072470001Q

NON

Organisateur occasionnel de spectacle
(Maximum 6 représentations par an)

OUI

NON X

Label N°

Certification Sociale N° CS

3/ SALARIÉ

Nom de famille
(Nom de naissance)
Nom d'usage
(Nom d'épouse, etc.)
NIR

DRIOT

Prénom PIERRE

190089306409962

Date de naissance 31 08 1990

Ressortissant français X

Ressortissant UE

Ressortissant EEE

Ressortissant hors UE et EEE

Adresse 12 RUE DU PARCHAMP

Code postal 92100

Commune BOULOGNE-BILLANCOURT

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé REALISATEUR

Numéro d'objet 122Z64660858

Régime de retraite
complémentaire

AGIRC

Cadre X

Non
cadre

Réalisateur X

Artiste

Technicien

Ouvrier

Date d'embauche 16 03 2023
(Date de début du contrat)

→ Contrat en cours Sinon →

Date de fin du contrat de travail 16 03 2023

Motif de cessation du contrat de travail :

> Fin de contrat de travail à durée déterminée X

> Rupture anticipée à l'initiative :

du salarié

d'un commun accord

de l'employeur

En ce cas, terme initialement prévu

Nombre d'HEURES
effectuées

ET/OU

Nombre de
CACHETS *

isolés

groupés

Dans tous les cas

Nombre de JOURS
travaillés

8

1

*uniquement pour les artistes (voir notice)

Rémunérations versées au cours du mois

SALAIRES BRUTS

300,00

SALAIRES BRUTS

soumis à contributions d'assurance chômage *

300,00

X

TAUX

12,10 %

=

CONTRIBUTIONS DUES

36,00

AUTRES RÉMUNÉRATIONS +

X

%

=

TOTAL

=

36,00

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

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), Nom CATTAN

Prénom PIERRE

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 PARIS

le 31 03 2023

Signature de l'employeur

ou de son représentant légal

Personne à joindre concernant cette attestation CATTAN

Téléphone 06 70 70 74 77

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