

1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS 1 2 20 2 3

ATTESTATION N° WLKT013536

44

AEM INITIALE ☒

COMPLEMENTAIRE

RECTIFICATIVE POSITIVE

OU NEGATIVE

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

N° de l'ATTESTATION INITIALE

2/ EMPLOYEUR

N° SIRET 48218206000020

Code APE/NAF 9001Z

N° D'AFFILIATION 80003226328
au centre de recouvrement

N° IDCC 3090

Si différent, N° IDCC de la prestation de travail

Raison sociale ou nom STAGE ENTERTAINMENT FRANCE

Téléphone

Code postal 75009

Commune PARIS

Courriel davone.fonteneau@sta

Etes-vous titulaire d'un ou d'une :

☒ Licence du spectacle N° 2021011515N° d'affiliation à la caisse
des congés spectaclesOUI ☒ 0312474001DOrganisateur occasionnel de spectacle
(Maximum 6 représentations par an)
OUI NON ☒

NON

Label N°

Certification Sociale N° CS

3/ SALARIE

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

Prénom JULES

NIR 197047724323216

Date de Naissance 05 04 1997

Ressortissant français ☒ Ressortissant UE Ressortissant EEE Ressortissant hors UE et EEE

Adresse 14 BIS RUE GEORGES CONSTANTI - BATEAU MARINETTE

Code Postal 78300

Commune POISSY

4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé INGENIEUR (DU) SON

Numéro Objet 226Z74452139

Régime de retraite
complémentaireAlliance professionnelle Retraite Agirc Cadre ☒ Non
CadreRéalisateur Artiste Technicien ☒ OuvrierDate d'embauche 05 12 2023
(Date de début du contrat)☒ Contrat en cours Sinon ☐

Date de fin du contrat de travail 19 12 2023

Motif de cessation du 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

Nombre d'HEURES effectuées	et/ou	Nombre de CACHETS*	Dans tous les cas
30		isolés groupés	Nombre de JOURS travaillés 4

* Uniquement pour les artistes (voir notice)

REMUNERATIONS VERSEES AU COURS DU MOIS

SALAIRES BRUTS	SALAIRES BRUTS soumis à contributions d'assurance chômage *	TAUX	CONTRIBUTIONS DUES
780.00	780.00	12.10 % <small>Inscrire le taux en vigueur</small>	94.00
AUTRES REMUNERATIONS +	X	%	=
TOTAL			= 94.00

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

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), Nom BENTATA
agissant en qualité de DIRECTEUR

Prénom LAURENT

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 19 12 2023

Signature de l'employeur
ou de son représentant légal

Personne à joindre concernant cette attestation

FONTENEAU Davone

Téléphone 0153323164



Toute fausse déclaration est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 3 000 euros (Art. L 5429-1 du code du travail)
Cette attestation mensuelle doit être adressée au Pôle emploi - 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 1 2 20 2 3	ATTESTATION N°	WLKT013536	44
AEM INITIALE	<input checked="" type="checkbox"/>	COMPLEMENTAIRE	RECTIFICATIVE POSITIVE	OU NEGATIVE	N° de l'ATTESTATION INITIALE

2/ EMPLOYEUR					
N° SIRET	48218206000020	Code APE/NAF	9001Z	N° D'AFFILIATION	80003226328
N° IDCC	3090	Si différent, N° IDCC de la prestation de travail			
Raison sociale ou nom	STAGE ENTERTAINMENT FRANCE				
Code postal	75009	Commune	PARIS	Téléphone	
Etes-vous titulaire d'un ou d'une :	Organisateur occasionnel de spectacle (Maximum 6 représentations par an)				OUI NON <input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Licence du spectacle N°	2021011515	N° d'affiliation à la caisse des congés spectacles	OUI <input checked="" type="checkbox"/>	0312474001D	NON
Label N°					
Certification Sociale N° CS					

3/ SALARIE			
Nom de famille (Nom de naissance)	MOREAU	Prénom	JULES
Nom d'usage (Nom d'épouse, etc.)			
NIR	197047724323216	Date de Naissance	05 04 1997
Adresse	14 BIS RUE GEORGES CONSTANTI - BATEAU MARINETTE		
Code Postal	78300	Commune	POISSY
		Ressortissant français <input checked="" type="checkbox"/>	Ressortissant UE
		Ressortissant EEE	Ressortissant hors UE et EEE

4/ PRESTATION DE TRAVAIL			
Emploi occupé	INGENIEUR (DU) SON	Numéro Objet	226Z74452139
Régime de retraite complémentaire	Alliance professionnelle Retraite Agirc	Cadre <input checked="" type="checkbox"/>	Non Cadre
Date d'embauche (Date de début du contrat)	05 12 2023	Contrat en cours	Sinon
Date de fin du contrat de travail	19 12 2023	Motif de cessation du contrat de travail:	
Nombre d'HEURES effectuées		X	
et/ou		> Fin de contrat de travail à durée déterminée	
Nombre de CACHETS* isolés groupés		> Rupture anticipée à l'initiative:	
30		du salarié	
et/ou		d'un accord commun	
Nombre de JOURS travaillés		de l'employeur	
4		En ce cas, terme initialement prévu	
* Uniquement pour les artistes (voir notice)			

REMUNERATIONS VERSEES AU COURS DU MOIS									
SALAIRES BRUTS	780.00	SALAIRES BRUTS soumis à contributions d'assurance chômage *	780.00	TAUX	12.10 %	=	CONTRIBUTIONS DUES	94.00	
AUTRES REMUNERATIONS	+			Inscrire le taux en vigueur					
				X	%	=			
* dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale							TOTAL	=	94.00

5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR			
Je soussigné(e), Nom	BENTATA	Prénom	LAURENT
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 CDD			
Fait à	PARIS	le	19 12 2023
Personne à joindre concernant cette attestation	FONTENEAU Davone		
Téléphone	0153323164		
Signature de l'employeur ou de son représentant légal			
			