



1 ATTESTATION (AEM)		MOIS DE		ATTESTATION N°	
AEM INITIALE	COMPLÉMENTAIRE	RECTIFICATIVE POSITIVE	OU NÉGATIVE	→ Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le N° de L'ATTESTATION INITIALE	

2 EMPLOYEUR					
N° SIRET	Code APE/NAF		N° D'AFFILIATION au centre de recouvrement		
Raison sociale ou nom	Commune		Téléphone	Fax	
Code Postal			Courriel		
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 NON

3 SALARIE	
Nom de naissance	Prénom
Nom d'usage (Nom d'épouse, etc.)	
NIR	Date de naissance
Adresse	
Code Postal	Commune
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	Cadre Non Cadre Réalisateur Artiste Technicien Ouvrier										
Régime de retraite complémentaire											
Date d'embauche (Date de début du contrat)	→ Contrat en cours Sinon →										
<table border="1"> <tr> <th>Ouvriers / Techniciens</th> <th>Artistes / Réalisateur</th> <th>Dans tous les cas</th> </tr> <tr> <td>Nombre d'heures effectuées</td> <td>Nombre de cachets * isolés groupés</td> <td>Nombre de jours travaillés</td> </tr> </table>	Ouvriers / Techniciens	Artistes / Réalisateur	Dans tous les cas	Nombre d'heures effectuées	Nombre de cachets * isolés groupés	Nombre de jours travaillés	<table border="1"> <tr> <th>Date de fin du contrat de travail</th> </tr> <tr> <td>■ Motif de cessation du contrat de travail</td> </tr> <tr> <td>— Fin de contrat de travail à durée déterminée</td> </tr> <tr> <td>— Rupture anticipée à l'initiative de l'employeur ou du salarié</td> </tr> </table>	Date de fin du contrat de travail	■ 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
Ouvriers / Techniciens	Artistes / Réalisateur	Dans tous les cas									
Nombre d'heures effectuées	Nombre de cachets * isolés groupés	Nombre de jours travaillés									
Date de fin du contrat de travail											
■ 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											
et/ou	Numéro Objet										
* Uniquement pour les artistes et les réalisateurs (voir notice)											

RÉMUNÉRATIONS VERSÉES AU COURS DU MOIS			
SALAIRES BRUTS avant déduction pour frais professionnels	SALAIRES BRUTS après déduction pour frais professionnels	TAUX	CONTRIBUTIONS DUES
		X	% =
	+ (Dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale)	X	% =
AUTRES RÉMUNÉRATIONS			% =
			<b>TOTAL</b> =

5 AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR	
Je soussigné(e), Nom	Prénom
agissant en qualité de	
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	
Fait à	le
Personne à joindre concernant cette attestation	Signature de l'employeur ou de son représentant
Téléphone	

Toute fausse déclaration est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 4 000 euros (Art. L 365-1 du code du travail)

Cette attestation mensuelle doit être adressée au Garp / Centre Recouvrement

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.

D.A.J. 110/LAD - 0707 - 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 MODIFIÉE RELATIVE AUX FICHIERS, À L'INFORMATIQUE ET AUX LIBERTÉS.

1 ATTESTATION (AEM)		MOIS DE		ATTESTATION N°	
AEM INITIALE	COMPLÉMENTAIRE	RECTIFICATIVE POSITIVE	OU NÉGATIVE	→ Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le N° de L'ATTESTATION INITIALE	

2 EMPLOYEUR					
N° SIRET	Code APE/NAF		N° D'AFFILIATION au centre de recouvrement		
Raison sociale ou nom	Téléphone		Fax		
Code Postal	Commune		Courriel		
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 NON

3 SALARIE	
Nom de naissance	Prénom
Nom d'usage (Nom d'épouse, etc.)	
NIR	Date de naissance
Adresse	
Code Postal	Commune
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	Cadre Non Cadre Réalisateur Artiste Technicien Ouvrier													
Régime de retraite complémentaire														
Date d'embauche (Date de début du contrat)	→ Contrat en cours Sinon →													
<table border="1"> <tr> <th>Ouvriers / Techniciens</th> <th>Artistes / Réalisateur</th> <th>Dans tous les cas</th> </tr> <tr> <td>Nombre d'heures effectuées</td> <td>Nombre de cachets * isolés groupés</td> <td>Nombre de jours travaillés</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">et/ou</td> </tr> </table>	Ouvriers / Techniciens	Artistes / Réalisateur	Dans tous les cas	Nombre d'heures effectuées	Nombre de cachets * isolés groupés	Nombre de jours travaillés	et/ou			<table border="1"> <tr> <th>Date de fin du contrat de travail</th> </tr> <tr> <td>■ Motif de cessation du contrat de travail</td> </tr> <tr> <td>— Fin de contrat de travail à durée déterminée</td> </tr> <tr> <td>— Rupture anticipée à l'initiative de l'employeur ou du salarié</td> </tr> </table>	Date de fin du contrat de travail	■ 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
Ouvriers / Techniciens	Artistes / Réalisateur	Dans tous les cas												
Nombre d'heures effectuées	Nombre de cachets * isolés groupés	Nombre de jours travaillés												
et/ou														
Date de fin du contrat de travail														
■ 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														
* Uniquement pour les artistes et les réalisateurs (voir notice)														
Numéro Objet														

RÉMUNÉRATIONS VERSÉES AU COURS DU MOIS			
SALAIRES BRUTS avant déduction pour frais professionnels	SALAIRES BRUTS après déduction pour frais professionnels	TAUX	CONTRIBUTIONS DUES
		X	% =
	+ (Dans la limite de 4 fois le plafond de la sécurité sociale)	X	% =
AUTRES RÉMUNÉRATIONS			
			<b>TOTAL</b> =

5 AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR	
Je soussigné(e), Nom	Prénom
agissant en qualité de	
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	
Fait à	le
Personne à joindre concernant cette attestation	Signature de l'employeur ou de son représentant
Téléphone	

Toute fausse déclaration est passible d'une amende pouvant aller jusqu'à 4 000 euros (Art. L 365-1 du code du travail)  
 Vous devez conserver cette attestation mensuelle.