

Les informations sur fond bleu sont à produire **OBLIGATOIREMENT AVANT L'EMBAUCHE** sous peine de sanctions (art. L.320 et R.362-1 du code du travail)

## A ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

N° SIRET

















Code APE (NAF)




NOM, prénoms  
ou DÉNOMINATION
 M.  Mme  Mlle





















Adresse de  
l'établissement






(Code postal)

(Commune)

Adresse de  
correspondance  
(si différente de celle  
de l'établissement)






(Code postal)

(Commune)

Numéro de Téléphone :

















Numéro de Télécopie :

















## B FUTUR SALARIÉ

Nom de naissance

 M.  Mme  Mlle





















Nom marital :





















Prénoms

(dans l'ordre de l'état civil)





















Sexe

 (M ou F)

N° Sécurité Sociale

(voir carte d'immatriculation)





















Clé

Date de naissance

















Jour

Mois

Année

Nationalité

française

étrangère

laquelle :





















Lieu de naissance





Départ.

Commune (pour Paris, Lyon et Marseille préciser l'arrondissement)

Pays de naissance

Adresse du salarié





















Code postal







(Commune de résidence)

DATE PRÉVISIBLE D'EMBAUCHE











Jour

Mois

Année

HEURE PRÉVISIBLE D'EMBAUCHE





Heure

Minutes

## C AUTRES ÉLÉMENTS SUR L'ENTREPRISE ET SUR L'EMPLOI

Service de  
santé  
au travail  
(la visite médicale  
d'embauche est  
obligatoire)



(Code)





















(nom et adresse)

ou

service de santé  
au travail  
de l'entreprise

Effectif de l'établissement avant l'embauche





S'agit-il du premier salarié embauché dans votre établissement

Oui

Non

Si oui, effectif de l'entreprise avant l'embauche







Activité principale exercée dans l'établissement :





















Nature de l'emploi et qualification\*



Durée de la période d'essai (en jours)



Durée du travail (en heures) :

hebdomadaire



OU mensuelle




OU annuelle




 Contrat à Durée Indéterminée

ou Contrat à Durée Déterminée

Si CDD, date de la fin de contrat











## D SI LE SALARIÉ N'A PAS DE NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (DEMANDE D'IMMATRICULATION)

S'agit-il d'un agent titulaire (employeur occupant du personnel doté d'un statut fonction publique)

Oui

Non

## E EXONÉRATION DE COTISATIONS POUR L'EMBAUCHE D'UN SALARIÉ À TEMPS PARTIEL

**IMPORTANT : cette exonération est soumise à certaines conditions ; lisez attentivement la notice explicative.**

Situation du salarié avant l'embauche\*

Salaire mensuel brut à l'embauche





Je déclare appliquer l'abattement de cotisations patronales de Sécurité Sociale :

Oui

Non

J'ai procédé à un licenciement économique dans les 12 mois précédant l'embauche :

Oui

Non

Personne pouvant être contactée  
dans l'entreprise




















Téléphone

















\* Utilisez la codification figurant au verso

A

Le











Signature