

## 1/ ATTESTATION (AEM)

MOIS 0 3 20 2 3  
en chiffre

ATTESTATION N° YEAF009194

40

Si complémentaire ou rectificative, veuillez impérativement reporter le

AEM INITIALE

COMPLÉMENTAIRE X

RECTIFICATIVE POSITIVE

OU NÉGATIVE

N° DE L'ATTESTATION INITIALE YEAF009112

## 2/ EMPLOYEUR

N° SIRET 48366248200023

Code APE/NAF 5911A

N° d'affiliation 80002865785  
au centre de recouvrement

N° IDCC 2412

Si différent, N°IDCC de la prestation de travail

Raison Sociale ou nom CYBER GROUP STUDIOS

Téléphone 0155563232

Code postal 75019

Commune PARIS

Courriel compta@cybergroupstudios.com

Êtes-vous titulaire d'un ou d'une :

Licence du spectacle N°

N° d'affiliation à la caisse  
de congés spectacles

OUI X

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

ROBERT

ROBERT

270071300103249

Prénom DOROTHEE

Date de naissance 05 07 1970

Ressortissant français X

Ressortissant UE

Ressortissant EEE

Ressortissant hors UE et EEE

Adresse 481 AVENUE LUCIEN BARRAULT

Code postal 94500

Commune CHAMPIGNY SUR MARNE

## 4/ PRESTATION DE TRAVAIL

Emploi occupé STORYBOARDEUSE

Numéro d'objet 209Z26580418

Régime de retraite  
complémentaire

AUDIENS

Cadre X

Non  
cadre

Réalisateur

Artiste

Technicien X

Ouvrier

Date d'embauche 17 02 2023  
(Date de début du contrat)

→ Contrat en cours

Sinon →

Date de fin du contrat de travail 23 03 2023

Motif de cessation du contrat de travail :

&gt; Fin de contrat de travail à durée déterminée X

&gt; Rupture anticipée à l'initiative :

du salarié

d'un commun accord

de l'employeur

En ce cas, terme initialement prévu

Nombre d'HEURES  
effectuées

119

ET/OU

Nombre de  
CACHETS \*

isolés

groupés

Dans tous les cas  
Nombre de JOURS  
travaillés

17

\*uniquement pour les artistes (voir notice)

## Rémunérations versées au cours du mois

SALAIRES BRUTS

3 570,00

SALAIRES BRUTS  
soumis à contributions d'assurance chômage \*

3 570,00

X

TAUX

12,10 %

CONTRIBUTIONS DUES

432,00

AUTRES RÉMUNÉRATIONS

+

X

%

=

TOTAL

=

432,00

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

## 5/ AUTHENTIFICATION PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné(e), Nom COHEN

Prénom ALAIN

agissant en qualité de DAF

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 contrat à durée déterminée

Fait à PARIS

le 31 03 2023

Signature de l'employeur  
ou de son représentant légal

Personne à joindre concernant cette attestation COHEN ALAIN

Téléphone 0155563232

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