

## IDENTITÉ DU SALARIÉ

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

N° de sécurité sociale : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

## CONTRAT DE TRAVAIL

Poste occupé : .....

### CONTRAT A DURÉE INDÉTERMINÉE

Date d'embauche : .....

Temps plein

Temps partiel

Intermittent

### CONTRAT A DURÉE DÉTERMINÉE

Date de début : .....

Date de fin : .....

Motif de recours (à préciser obligatoirement dans le contrat de travail) :

Accroissement temporaire d'activité

Remplacement d'un salarié absent

Contrat particulier :

Contrat aidé (PEC, CAE)\*

Contrat d'apprentissage\*

Contrat de professionnalisation\*

Contrat d'engagement éducatif (CEE)

\* Vous devez joindre le CERFA



## CONVENTION COLLECTIVE DE L'ANIMATION

### GRUPE DE CLASSIFICATION DU SALARIÉ ET INDICE

A - 250 (ouvrier/employé)	F - 350	K - Négocié en interne
B - 260 (ouvrier/employé)	G - 375 (cadre)	
C - 280 (technicien/maîtrise)	H - 400 (cadre)	
D - 300 (technicien/maîtrise)	I - 450 (cadre)	Niveau 1 : 250 (technicien)
E - 325 (technicien/maîtrise)	J - 500 (cadre)	Niveau 2 : 260 (professeur)

## RÉMUNÉRATION & TEMPS DE TRAVAIL

**Temps de travail mensuel :** .....

**Rémunération individuelle supplémentaire :** Montant : ..... € ou Nb de points : .....

**Prime d'ancienneté :** ..... (nb points)      **Reconstitution de carrière :** ..... (nb points)

**Congés payés :**      Versement d'une indemnité de congés payés (rémunération majorée de 10%)  
Les congés sont pris par le salarié

**Avantages en nature :** Logement :      Oui      Non      NTIC (internet, tél) :      Oui      Non  
Véhicule :      Oui      Non      Autres (repas...) :      Oui      Non

[Véhicule] Indemnité km : Puissance (CV) : .....      Montant unitaire du km (barème URSSAF) : ..... €  
Ou forfait de déplacement : ..... €

[Transport] Abonnement de transport collectif : ..... €

## MUTUELLE

Le salarié a-t-il souscrit à la Mutuelle proposée par l'employeur ?      Oui      Non

Répartition prise en charge :      Part salariale : .....%      Part patronale : .....%

Type de cotisation choisie :      Isolé      Couple      Famille

À ..... Le .....

**Signature du Président de l'association :**

Ces données sont collectées dans le cadre du suivi de dossier de votre association. Conformément aux dispositions des articles 39 et 40 de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, la personne qui remplit ce document bénéficie d'un droit d'accès, de rectification, de mise à jour et d'effacement des informations qui le concernent, qu'il peut exercer en s'adressant à [contact@professionsport42.com](mailto:contact@professionsport42.com), ou par courrier à Loire Profession Sport - Maison Départementale des Sports BP90144 Saint-Etienne cedex 2, en précisant dans l'objet du courrier "Droit des personnes" et en joignant la copie de son justificatif d'identité.



04 77 59 56 10



[www.professionsport42.com](http://www.professionsport42.com)  
[impactemploi@professionsport42.com](mailto:impactemploi@professionsport42.com)



Maison des Sports, 4 rue des  
Trois Meules, Saint-Étienne