

## 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

⚠ *Le type de contrat est important : en cas de doute contactez-nous.*

### 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

CDD Sportif (sport professionnel uniquement)

Contrat particulier :

Contrat aidé (PEC, CAE)\*

Contrat d'apprentissage\*

Contrat de professionnalisation\*

Contrat d'engagement éducatif (CEE)

\* Vous devez joindre le CERFA

## RÉMUNÉRATION & TEMPS DE TRAVAIL

Temps de travail mensuel : ..... Taux horaire brut : .....

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

Prime d'ancienneté : .....% du Salaire Minimum Conventionnel du Groupe 3 (selon CCN Sport)

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 : ..... €

## CONVENTION COLLECTIVE DU SPORT

### GROUPE DE CLASSIFICATION DU SALARIÉ

1 (employé)	3 (technicien)	5 (technicien)	7 (cadre)	Joueur pro
2 (employé)	4 (technicien)	6 (cadre)	8 (cadre)	Entraîneur pro

## COTISATIONS SOCIALES

Régime général

Régime dérogatoire (base forfaitaire)



\*Si vous avez **une question**, contactez-nous.

## 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