

**DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE - CONTRAT DE TRAVAIL À DURÉE DÉTERMINÉE À TEMPS PLEIN**

**L'EMPLOYEUR**

Téléphone  E-mail

N° SIRET OU MSA  Code NAF (APE)

Nom Prénom ou Raison sociale

Adresse  Adresse d'expédition de l'accusé de réception différente

**LE SALARIÉ**

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénoms

N° de Sécurité Sociale  Clé  Sexe : M  F

Date de naissance  Jour  Mois  Année  Lieu de naissance  Dépt.  commune

Adresse  Numéro  Bis  Ter  Nat. Voie  Nom de voie

code postal  Ville

**L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI**

**DATE ET HEURE PRÉVISIBLES DE L'EMBAUCHE** Jour  Mois  Année  à Heures  Minutes

Secteur d'activité professionnelle  niveau ou coefficient hiérarchique

Convention collective applicable au salarié

Emploi occupé

Durée du travail  Hebdo.  ou  Mensuelle  ou  Annuelle  Si forfait jours  (heures) (heures) (heures) (jours)

Date de fin du précédent CDD

**Contrat à durée déterminée à temps plein**

► durée (en jours)

Contrat vendanges

► **Le salarié :**

- est cadre ou assimilé  Oui  Non
- je le déclare à AGRICA Retraite AGIRC  Oui  Non 
  - dans la catégorie art 4 ou 4 bis  Oui  Non
  - dans la catégorie art 36  Oui  Non
- est rémunéré exclusivement en nature  Oui  Non
- est domicilié fiscalement à l'étranger  Oui  Non
- est saisonnier  Oui  Non

Salaire mensuel brut à l'embauche  €

Si lieu de travail différent de l'établissement  A préciser Dépt.  commune

DEMANDE DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES POUR L'EMPLOI D'UN TRAVAILLEUR OCCASIONNEL :

**SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL**

Le salarié a-t-il été déclaré apte dans un emploi similaire et chez le même employeur au cours des 24 derniers mois ?  Oui  Non

Le salarié a-t-il été déclaré apte chez un autre employeur dans un emploi similaire au cours des 12 derniers mois ?  Oui  Non

Le salarié a-t-il un handicap reconnu ?  Oui  Non

S'agit-il d'un salarié saisonnier recruté pour une durée égale ou supérieure à 45 jours ?  Oui  Non

Si oui, le salarié a-t-il été déclaré apte pour un emploi équivalent ces 24 derniers mois ?  Oui  Non

**Conditions de travail prévues à l'embauche**

- bruit  Oui  Non
- vibrations  Oui  Non
- agents biologiques  Oui  Non
- travail de nuit  Oui  Non
- produits de traitement des végétaux ou d'autres produits chimiques  Oui  Non
- Autre risque précisez

**Attention : n'oubliez pas de remplir et de signer le contrat de travail des volets 3 et 4 de la DPAE-CDD et de faire signer ces deux exemplaires par votre salarié.**

Le

Signature

**DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE - CONTRAT DE TRAVAIL À DURÉE DÉTERMINÉE À TEMPS PLEIN**

**L'EMPLOYEUR**

Téléphone	E-mail
N° SIRET OU MSA	
Code NAF (APE)	
Nom Prénom ou Raison sociale	
Adresse	
Adresse d'expédition de l'accusé de réception différente <input type="checkbox"/>	

**LE SALARIÉ**

Nom de naissance	
Nom d'usage	
Prénoms	
N° de Sécurité Sociale	Clé
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Date de naissance	Lieu de naissance
Dépt. commune	
Adresse	
code postal Ville	

**L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI**

DATE ET HEURE PRÉVISIBLES DE L'EMBAUCHE		Jour	Mois	Année	Heures	Minutes
Secteur d'activité professionnelle		niveau ou coefficient hiérarchique				
Convention collective applicable au salarié						
Emploi occupé						
Durée du travail	Hebdo. (heures)	OU	Mensuelle (heures)	OU	Annuelle (heures)	Si forfait jours (jours)
Date de fin du précédent CDD	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					

**Contrat à durée déterminée à temps plein**

► durée (en jours)

Contrat vendanges

► Le salarié :

- est cadre ou assimilé  Oui  Non
- je le déclare à AGRICA Retraite AGIRC  Oui  Non
  - dans la catégorie art 4 ou 4 bis  Oui  Non
  - dans la catégorie art 36  Oui  Non
- est rémunéré exclusivement en nature  Oui  Non
- est domicilié fiscalement à l'étranger  Oui  Non
- est saisonnier  Oui  Non

Salaire mensuel brut à l'embauche      €

Si lieu de travail différent de l'établissement A préciser Dépt. commune

DEMANDE DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS PATRONALES POUR L'EMPLOI D'UN TRAVAILLEUR OCCASIONNEL :

**SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL**

Le salarié a-t-il été déclaré apte dans un emploi similaire et chez le même employeur au cours des 24 derniers mois ?  Oui  Non

Le salarié a-t-il été déclaré apte chez un autre employeur dans un emploi similaire au cours des 12 derniers mois ?  Oui  Non

Le salarié a-t-il un handicap reconnu ?  Oui  Non

S'agit-il d'un salarié saisonnier recruté pour une durée égale ou supérieure à 45 jours ?  Oui  Non

Si oui, le salarié a-t-il été déclaré apte pour un emploi équivalent ces 24 derniers mois ?  Oui  Non

**Conditions de travail prévues à l'embauche**

- bruit  Oui  Non
- vibrations  Oui  Non
- agents biologiques  Oui  Non
- travail de nuit  Oui  Non
- produits de traitement des végétaux ou d'autres produits chimiques  Oui  Non
- Autre risque précisez

**Attention : n'oubliez pas de remplir et de signer le contrat de travail des volets 3 et 4 de la DPAE-CDD et de faire signer ces deux exemplaires par votre salarié.**

Le

Signature

**DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE - CONTRAT DE TRAVAIL À DURÉE DÉTERMINÉE À TEMPS PLEIN**

**L'EMPLOYEUR**

Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
 N° SIRET OU MSA \_\_\_\_\_ Code NAF (APE) \_\_\_\_\_  
 Nom Prénom ou Raison sociale \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Adresse d'expédition de l'accusé de réception différente

**LE SALARIÉ**

Nom de naissance \_\_\_\_\_  
 Nom d'usage \_\_\_\_\_  
 Prénoms \_\_\_\_\_  
 N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_ Clé \_\_\_\_\_ Sexe : M  F   
 Date de naissance \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_  
 Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Dépt. \_\_\_\_\_ commune \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Numéro \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_ Ter \_\_\_\_\_ Nat. Voie \_\_\_\_\_ Nom de voie \_\_\_\_\_  
 code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

**L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI**

**DATE ET HEURE PRÉVISIBLES DE L'EMBAUCHE** Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Heures \_\_\_\_\_ Minutes \_\_\_\_\_  
 Secteur d'activité professionnelle \_\_\_\_\_ niveau ou coefficient hiérarchique \_\_\_\_\_  
 Convention collective applicable au salarié \_\_\_\_\_  
 Emploi occupé \_\_\_\_\_  
 Durée du travail \_\_\_\_\_  
 Hebd. \_\_\_\_\_ OU Mensuelle \_\_\_\_\_ OU Annuelle \_\_\_\_\_ Si forfait jours \_\_\_\_\_ (heures) (heures) (heures) (jours)  
 Date de fin du précédent CDD \_\_\_\_\_

**MOTIF DU RECOURS AU CDD :**

(cocher et compléter)

Remplacement de : \_\_\_\_\_ (nom et prénom de la personne remplacée)  
 Sa qualification : \_\_\_\_\_  
 Contrat saisonnier pour les travaux de : \_\_\_\_\_  
 Contrat vendanges  Accroissement temporaire d'activité  
 (précisez sa nature) \_\_\_\_\_  
 Autre motif : \_\_\_\_\_

**Date de fin CDD prévue**

Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_  
 OU  
 Durée minimale du CDD (jours) \_\_\_\_\_  
 ♦ Durée période d'essai (jours) \_\_\_\_\_

**Pour les CDD à terme précis,**  
 cocher si ce contrat peut être renouvelé :

Si oui, vous devrez faire un avenant au contrat

**RISQUE LIÉ À L'EMPLOI**  
(préciser la nature du risque) :

\_\_\_\_\_

**SALAIRE HORAIRE BRUT À L'EMBAUCHE :**

\_\_\_\_\_ € Primes \_\_\_\_\_ € Avantages en nature \_\_\_\_\_ € Autres éléments \_\_\_\_\_

**RECOURS A LA MODULATION OU A L'ANNUALISATION :** OUI  NON

**CLAUSES PARTICULIÈRES :**

**NOM ET ADRESSE DE LA CAISSE DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE :**

**NOM ET ADRESSE DE L'INSTITUTION DE PRÉVOYANCE :**

Contrat établi le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**Attention :** n'oubliez pas de remplir et de signer le contrat de travail des volets 3 et 4 de la DPAE-CDD et de faire signer ces deux exemplaires par votre salarié.

(1) Se reporter à la notice explicative.

Signature du salarié

Signature de l'employeur

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**À DÉTACHER IMPÉRATIVEMENT  
AVANT DE REMPLIR  
LE VOLET 3**

**DÉCLARATION PRÉALABLE À L'EMBAUCHE - CONTRAT DE TRAVAIL À DURÉE DÉTERMINÉE À TEMPS PLEIN**

**L'EMPLOYEUR**

Téléphone \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

N° SIRET OU MSA \_\_\_\_\_ Code NAF (APE) \_\_\_\_\_

Nom Prénom ou Raison sociale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Adresse d'expédition de l'accusé de réception différente

**LE SALARIÉ**

Nom de naissance \_\_\_\_\_

Nom d'usage \_\_\_\_\_

Prénoms \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale \_\_\_\_\_ Clé \_\_\_\_\_ Sexe : M  F

Date de naissance \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Lieu de naissance \_\_\_\_\_ Dépt. \_\_\_\_\_ commune \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_ Numéro \_\_\_\_\_ Bis \_\_\_\_\_ Ter \_\_\_\_\_ Nat. Voie \_\_\_\_\_ Nom de voie \_\_\_\_\_

code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

**L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI**

**DATE ET HEURE PRÉVISIBLES DE L'EMBAUCHE** Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Heures \_\_\_\_\_ Minutes \_\_\_\_\_

Secteur d'activité professionnelle \_\_\_\_\_ niveau ou coefficient hiérarchique \_\_\_\_\_

Convention collective applicable au salarié \_\_\_\_\_

Emploi occupé \_\_\_\_\_

Durée du travail \_\_\_\_\_

Hebdo. \_\_\_\_\_ OU \_\_\_\_\_ Mensuelle \_\_\_\_\_ OU \_\_\_\_\_ Annuelle \_\_\_\_\_

(heures) (heures) (heures) Si forfait jours \_\_\_\_\_ (jours)

Date de fin du précédent CDD \_\_\_\_\_

**MOTIF DU RECOURS AU CDD :**

(cocher et compléter)

Remplacement de : \_\_\_\_\_ (nom et prénom de la personne remplacée)

Sa qualification : \_\_\_\_\_

Contrat saisonnier pour les travaux de : \_\_\_\_\_

Contrat vendanges  Accroissement temporaire d'activité

(précisez sa nature) \_\_\_\_\_

Autre motif : \_\_\_\_\_

**Date de fin CDD prévue**

Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

OU

Durée minimale du CDD (jours) \_\_\_\_\_

◆ Durée période d'essai (jours) \_\_\_\_\_

**Pour les CDD à terme précis,**  
cocher si ce contrat peut être renouvelé :

Si oui, vous devrez faire un avenant au contrat

**RISQUE LIÉ À L'EMPLOI**  
(préciser la nature du risque) :

\_\_\_\_\_

**SALAIRE HORAIRE BRUT À L'EMBAUCHE :**

\_\_\_\_\_ € Primes \_\_\_\_\_ € Avantages en nature \_\_\_\_\_ € Autres éléments \_\_\_\_\_

**RECOURS A LA MODULATION OU A L'ANNUALISATION :** OUI  NON

**CLAUSES PARTICULIÈRES :**

**NOM ET ADRESSE DE LA CAISSE DE RETRAITE COMPLÉMENTAIRE :**

**NOM ET ADRESSE DE L'INSTITUTION DE PRÉVOYANCE :**

Contrat établi le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

**Attention :** n'oubliez pas de remplir et de signer le contrat de travail des volets 3 et 4 de la DPAE-CDD et de faire signer ces deux exemplaires par votre salarié.

(1) Se reporter à la notice explicative.

Signature du salarié

Signature de l'employeur

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_