

Déclaration Unique d'Embauche
(sauf pour les salariés intérimaires)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

4 0 4 8 3 3 0 4 8 0 0 0 2 2

Code APE (NAF)

4 7 6 5

NOM, prénoms
ou DÉNOMINATION☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

J E U X P A S S I O N S L I E G E A R D

Adresse de
l'établissement

2 5 r u e M o n t m a r t r e

7 5 0 0 2

(Code postal)

P A R I S 2 E M E A R R O N D I S S E M E N T

(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 :

C A R O N

Prénoms

(dans l'ordre de l'état civil)

P h i l i p p e

Sexe

☒ M (M ou F)

N° Sécurité Sociale

(voir carte d'immatriculation)

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Clé

Date de naissance

2 0 0 3 1 9 9 0

Jour

Mois

Année

Nationalité

☒ française☐ étrangère

laquelle :

Lieu de naissance

☐ 0 4

Départ.

L E S D O U R B E S

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

F r a n c e

Pays de naissance

Adresse du salarié

1 7 R u e E i f f e l

Code postal

7 1 0 0 0

M A C O N

(Commune de résidence)

DATE PRÉVISIBLE D'EMBAUCHE

0 1 0 1 2 0 1 1

Jour

Mois

Année

HEURE PRÉVISIBLE D'EMBAUCHE

☐ ☐ ☐

Heure

Minutes

C AUTRES ÉLÉMENTS SUR L'ENTREPRISE ET SUR L'EMPLOIService 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 :

C o m m e r c e d e d é t a i l d e j e u x e t j o u e t s

Nature de l'emploi et qualification*

☐ ☐

Durée de la période d'essai (en jours)

☐ ☐

Situation du salarié avant l'embauche*

☐

Durée du travail (en heures) :

hebdomadaire

☐ ☐

OU mensuelle

1 5 1

OU annuelle

☐ ☐ ☐☐ Contrat Nouvelles Embauches☒ 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

* Utilisez la codification du modèle de document DUE - NOTICE

A PARIS 2EME ARRONDISSEME

Le 0 6 0 1 2 0 1 3

Signature