

(Lire ATTENTIVEMENT la notice du Cerfa avant de remplir ce document)

## L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination :

A R E N I U M C O N S U L T I N G

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : 3 Voie : a v e n u e M o z a r t

Complément :

Code postal : 7 5 0 1 6

Commune : P a r i s

Téléphone : 0 6 2 1 3 7 4 3 5 5

Courriel :

j b m a t e u @ a r e n i u m - c o n s u l t i n g . c o m

Caisse de retraite complémentaire :

M A L A K O F F H U M A N I S

Organisme de prévoyance le cas échéant :

M A L A K O F F H U M A N I S

Particulier-employeur : ☐ oui ☒ non

N° URSSAF du particulier-employeur :

N° SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :

8 3 9 4 2 3 7 2 0 0 0 1 1

Code activité de l'entreprise (NAF) : 7 0 2 2 Z

Effectif total salariés de l'entreprise :

1

Convention collective applicable :

B U R E A U X D ' E T U D E S T E C H N I Q U E S

Code IDCC de la convention : 1 4 8 6

## LE SALARIÉ

Nom du salarié : d ' H E B R A I L

Prénom du salarié : P I E R R E

Adresse du salarié :

N° 1 0 Voie : r u e A m i r a l L i n o i s

Complément :

Code postal : 2 9 2 0 0

Commune : B r e s t

Téléphone : 0 6 8 0 0 5 1 0 8 5

Courriel :

p i e r r e d h e b @ g m a i l . c o m

NIR du salarié\* : 1 9 9 1 2 8 3 1 2 6 0 7 4 6 0

\*Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre de l'article L.6353-10 du code du travail

Date de naissance : 0 7 / 1 2 / 1 9 9 9

Sexe : ☒ M ☐ F

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : ☐ oui ☒ non

Inscrit à Pôle Emploi : ☐ oui ☒ non

Si oui, numéro d'inscription :

Durée : mois

Situation avant ce contrat : 0 3

Type de minimum social, si bénéficiaire :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 4 2

## LE TUTEUR

Tuteur au sein de l'établissement employeur

Nom :

M A T E U

Prénom :

J E A N - B E R N A R D

Emploi occupé :

P R E S I D E N T

Date de naissance : 2 8 / 0 4 / 1 9 6 4

Tuteur de l'entreprise utilisatrice, si travail temporaire ou GEIQ

Nom :

Prénom :

Emploi occupé :

Date de naissance :

