

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

L'EMPLOYEUR

Téléphone	E-mail
Code NAF (APE)	
N° SIRET OU MSA	
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	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

Secteur d'activité professionnelle	DATE ET HEURE PRÉVISIBLES DE L'EMBAUCHE						Jour	Mois	Année	à	Heures	Minutes
							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

Date de fin du CDD

Salaire mensuel brut à l'embauche €

▶ Le salarié :

- est cadre ou assimilé Oui Non
- est-il dispensé de la complémentaire santé : Oui Non
- est rémunéré exclusivement en nature Oui Non
- est domicilié fiscalement à l'étranger Oui Non
- est saisonnier Oui Non

Si lieu de travail différent de l'établissement À préciser

Dépt	commune

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

SERVICE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Embauche

Pour un poste identique, le salarié a-t-il bénéficié d'un examen de santé au travail ?

Oui Non

Dans les : 24 mois précédents 36 mois précédents 60 mois précédents

Avec : avec inaptitude aménagement individuel du poste ou des horaires de travail affectation à un nouveau poste

LE SALARIÉ EST-IL EXPOSÉ À UN OU PLUSIEURS RISQUE MENTIONNÉES CI-DESSOUS ?

Suivi individuel renforcé (SIR)

L'employeur détermine ces postes au regard des résultats de l'évaluation des risques professionnels qu'il réalise, de la fiche d'entreprise et des mesures particulières de prévention et de protection mises en œuvre, le cas échéant en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail. Il complète la liste des postes à risque particuliers après avis du médecin du travail et du conseil économique et social de l'entreprise s'il existe.

- Amiante Plomb⁽¹⁾ Agents Cancérogènes Mutagènes Reprotoxiques 1A et 1B⁽²⁾
 Agents biologiques groupes 3 et 4⁽³⁾ Rayonnement ionisant Risque Hyperbare
 Risque de chute lors des opérations de montage/démontage d'échafaudage Travailleur de moins de 18 ans affecté à des travaux réglementés
 Poste à risque particulier déclaré par l'employeur au titre de l'article R.717-16-IV du code rural et de la pêche maritime.

Préciser :

- Équipements de travail mobiles automoteurs et servant au levage de charges ou de personnes, nécessitant une autorisation de conduite⁽⁴⁾
 Travaux nécessitant une habilitation électrique⁽⁵⁾ Manutention inévitable > 55 kg (homme) limité à 105 kg⁽⁶⁾

Suivi individuel adapté (SIA) Art.R717-15 du code rural et de la pêche maritime

Première catégorie

- Travailleur de moins de 18 ans non affecté à des travaux réglementés
 Travailleur exposé aux agents biologiques de groupe 2⁽³⁾
 Travailleur exposé à des champs électromagnétiques⁽⁷⁾
 Travailleur de nuit⁽⁸⁾

Deuxième catégorie

- Travailleur handicapé
 Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité
 Femme enceinte, allaitante ou venant d'accoucher

Suivi individuel simple (SIS) Art.R717-13 du code rural et de la pêche maritime

- Aucun des risques mentionnés ci-dessus

Références réglementaires :

(1) Art.R717-16 CRPM et Art.R4412-160 CT

(2) Art.R717-16 CRPM CMR de groupe 1a et 1b (classification CLP) + poussières de bois inhalables + formaldéhyde

(3) Principaux agents biologiques potentiellement retrouvés en activité agricole* :

Exemple d'agents biologiques du groupe 2 :		Exemple d'agents biologiques du groupe 2 :	
<i>Borrelia Burgdoferi</i> s/l	(Borréliose de Lyme) **	<i>Chlamydia psittaci</i>	(Psittacose) **
<i>Francisella Tularensis</i> B	(Tularémie) **	<i>Coxiella Burnetii</i>	(Fièvre Q) **
<i>Pasteurella Multocida</i>	(Pasteurellose) **	<i>Mycobacterium bovis</i>	(Tuberculose bovine) **
<i>Streptococcus Suis</i>	**	<i>Virus de l'Encéphalite à tiques</i>	(Encéphalite à tiques) **
<i>Hantavirus Puumala</i>	(Hantavirose) **	<i>Echinococcus multilocularis</i>	(Echinococcose alvéolaire) **
<i>Tricophyton spp.</i>	(Dermatophytose, Teigne) **	<i>Brucella méltensis</i> 1	(Brucellose)**
<i>Leptospira interrogans icterohemorrhagiae</i>	(Leptospirose)**	<i>Virus de l'Hépatite E</i>	(Hépatite E)

*) Liste des agents biologiques pathogènes :

**) Se référer aux fiches du Ministère de l'Agriculture :

Arrêté du 16 novembre 2021

<http://agriculture.gouv.fr/fiches-zoonoses>

Se référer aux fiches du ministère de l'Agriculture :

Art.R4323-56 CT : conduite de certains équipements de travail mobiles ou de levage nécessitant une autorisation

Art.R4544-10 CT : habilitation électrique

Art.R4541-9 CT : manutention de charge inévitable

Art.R4453-3 CT : travailleurs exposés à des champs électromagnétiques dépassant les valeurs limites d'exposition

Art.L3122-5 CT, L3211-2 CT, L3211-23 CT : définition du travail de nuit

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
Code NAF (APE)	
N° SIRET OU MSA	
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
Adresse	code postal
Numéro	code postal
Bis Ter	Ville
Nat. Voie	Ville
Nom de voie	

L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI

DATE ET HEURE PRÉVISIBLES DE L'EMBAUCHE		
Jour	Mois	Année
Secteur d'activité professionnelle		niveau ou coefficient hiérarchique
Convention collective applicable au salarié		
Emploi occupé		
Durée du travail	Si forfait jours	
Hebdo. (heures)	OU Mensuelle (heures)	OU Annuelle (heures)
		(jours)

Date de fin du précédent CDD [][] [][] [][][][]

Contrat à durée déterminée à temps plein

► durée (en jour) [][] [][]

► Le salarié :

- est cadre ou assimilé Oui Non
- est-il dispensé de la complémentaire santé : Oui Non
- est rémunéré exclusivement en nature Oui Non
- est domicilié fiscalement à l'étranger Oui Non
- est saisonnier Oui Non

Contrat vendanges

Date de fin du CDD [][] [][] [][][][]

Salaire mensuel brut à l'embauche [][][][] €

Si lieu de travail différent de l'établissement À préciser

Dépt	commune
------	---------

SERVICE DE SANTÉ ET SÉCURITÉ AU TRAVAIL

Embauche

Pour un poste identique, le salarié a-t-il bénéficié d'un examen de santé au travail ? Oui Non

Dans les : 24 mois précédents 36 mois précédents 60 mois précédents

Avec : avec inaptitude aménagement individuel du poste ou des horaires de travail affectation à un nouveau poste

LE SALARIÉ EST-IL EXPOSÉ À UN OU PLUSIEURS RISQUE MENTIONNÉES CI-DESSOUS ?

Suivi individuel renforcé (SIR)

L'employeur détermine ces postes au regard des résultats de l'évaluation des risques professionnels qu'il réalise, de la fiche d'entreprise et des mesures particulières de prévention et de protection mises en œuvre, le cas échéant en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail. Il complète la liste des postes à risque particuliers après avis du médecin du travail et du conseil économique et social de l'entreprise s'il existe.

- Amiante Plomb⁽¹⁾ Agents Cancérogènes Mutagènes Reprotoxiques 1A et 1B⁽²⁾
 Agents biologiques groupes 3 et 4⁽³⁾ Rayonnement ionisant Risque Hyperbare
 Risque de chute lors des opérations de montage/démontage d'échafaudage Travailleur de moins de 18 ans affecté à des travaux réglementés
 Poste à risque particulier déclaré par l'employeur au titre de l'article R.717-16-IV du code rural et de la pêche maritime.

Préciser :

- Équipements de travail mobiles automoteurs et servant au levage de charges ou de personnes, nécessitant une autorisation de conduite⁽⁴⁾
 Travaux nécessitant une habilitation électrique⁽⁵⁾ Manutention inévitable > 55 kg (homme) limité à 105 kg⁽⁶⁾

Suivi individuel adapté (SIA) Art.R717-15 du code rural et de la pêche maritime

Première catégorie

- Travailleur de moins de 18 ans non affecté à des travaux réglementés
 Travailleur exposé aux agents biologiques de groupe 2⁽³⁾
 Travailleur exposé à des champs électromagnétiques⁽⁷⁾
 Travailleur de nuit⁽⁸⁾

Deuxième catégorie

- Travailleur handicapé
 Travailleur titulaire d'une pension d'invalidité
 Femme enceinte, allaitante ou venant d'accoucher

Suivi individuel simple (SIS) Art.R717-13 du code rural et de la pêche maritime

- Aucun des risques mentionnés ci-dessus

Références réglementaires :

(1) Art.R717-16 CRPM et Art.R4412-160 CT

(2) Art.R717-16 CRPM CMR de groupe 1a et 1b (classification CLP) + poussières de bois inhalables + formaldéhyde

(3) Principaux agents biologiques potentiellement retrouvés en activité agricole* :

Exemple d'agents biologiques du groupe 2 :		Exemple d'agents biologiques du groupe 2 :	
<i>Borrelia Burgdoferi</i> s/l	(Borréliose de Lyme) **	<i>Chlamydia psittaci</i>	(Psittacose) **
<i>Francisella Tularensis</i> B	(Tularémie) **	<i>Coxiella Burnetii</i>	(Fièvre Q) **
<i>Pasteurella Multocida</i>	(Pasteurellose) **	<i>Mycobactérium bovis</i>	(Tuberculose bovine) **
<i>Streptococcus Suis</i>	**	<i>Virus de l'Encéphalite à tiques</i>	(Encéphalite à tiques) **
<i>Hantavirus Puumala</i>	(Hantavirose) **	<i>Echinococcus multilocularis</i>	(Echinococcose alvéolaire) **
<i>Tricophyton spp.</i>	(Dermatophytose, Teigne) **	<i>Brucella méltensis</i> 1	(Brucellose)**
<i>Leptospira interrogans icterohemorrhagiae</i>	(Leptospirose)**	<i>Virus de l'Hépatite E</i>	(Hépatite E)

*) Liste des agents biologiques pathogènes :

**) Se référer aux fiches du Ministère de l'Agriculture :

Arrêté du 16 novembre 2021

<http://agriculture.gouv.fr/fiches-zoonoses>

Se référer aux fiches du ministère de l'Agriculture :

Art.R4323-56 CT : conduite de certains équipements de travail mobiles ou de levage nécessitant une autorisation

Art.R4544-10 CT : habilitation électrique

Art.R4541-9 CT : manutention de charge inévitable

Art.R4453-3 CT : travailleurs exposés à des champs électromagnétiques dépassant les valeurs limites d'exposition

Art.L3122-5 CT, L3211-2 CT, L3211-23 CT : définition du travail de nuit

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 _____

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

**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
