

**■ CONTRAT DE TRAVAIL À DURÉE DÉTERMINÉE
POUR UN ACCUEIL OCCASIONNEL EN URGENCE
De 1 jour à 1 mois maximum***

M. et Mme : (Employeur)

Adresse :

Père et Mère de l'enfant : Né(e) le

Déclarent engager M ou Mme :

En qualité de salarié(e) remplaçant(e) de l'assistant(e) maternel(le) titulaire :

M. ou Mme :

Adresse :

Absent(e) pour : à partir du :

M ou Mme : ①

Adresse :

Accueillera l'enfant du : Au :

■ Contrat de travail d'accueil d'urgence

Entre l'employeur

Nom : Prénom :

N° d'identification :

Et le (la) salarié(e)

Nom : Prénom :

N° sécurité sociale :

N° PAJEMPLOI :

Assistant(e) Maternel(le) Agréé(e) par le Conseil Général de :

Date du 1er agrément :

Assurance Responsabilité Civile Professionnelle et juridique n°

Adresse :

■ Selon les conditions suivantes :

Soit un salaire Brut Total de : € (pour toutes les heures programmées à la signature)

Aucune retenue sur le salaire ne sera faite en cas d'absence de l'enfant y compris pour raison de maladie.

Indemnité compensatrice de congés payés de 11 % du salaire Brut Total versé :

Indemnité précarité (10 % du salaire et congés payés compris) :

Nombre d'heures programmées à la signature pour toute la durée du contrat : Heures.

Forfait Total Entretien Repas (pour toute la période programmée à la signature) : €

Soit un Montant Net à payer de : €

Un bulletin de salaire sera établi et remis avec le chèque de paiement de : € le dernier jour travaillé.

Une déclaration PAJEMPLOI sera faite.

M. ou Mme : sera libre de tout engagement à la suite de cet accueil.

Fait à : Le :

Signatures précédées de la mention « lu et approuvé »

Signature de l'assistant(e) maternel(le)

Signature de l'employeur