

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

L'EMPLOYEUR

N° SIRET OU MSA
 Nom Prénom ou Raison sociale

Téléphone	E-mail
Code NAF (APE)	

Adresse

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

LE SALARIÉ

Nom de naissance

Nom d'usage

Prénoms

N° de Sécurité Sociale

Date de naissance

Adresse

Jour		Mois		Année		Lieu de naissance		Dépt.		commune	
Numéro		Bis Ter		Nat. Voie		Nom de voie		code postal		Ville	

L'EMBAUCHE ET L'EMPLOI

Secteur d'activité professionnelle
 Convention collective applicable au salarié

Emploi occupé

Durée du travail

DATE ET HEURE PRÉVISIBLES DE L'EMBAUCHE

Jour Mois Année à Heures Minutes

niveau ou coefficient hiérarchique

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

--	--	--	--	--	--	--	--

Salaires mensuel brut à l'embauche

--	--	--	--	--	--

€

► Le salarié :

- est cadre ou assimilé
- est-il dispensé de la complémentaire santé :

Oui ☐ Non ☐

Oui ☐ Non ☐

- est rémunéré exclusivement en nature
- est domicilié fiscalement à l'étranger
- est saisonnier

Oui ☐ Non ☐

Oui ☐ Non ☐

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 mélitensis</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

Date de naissance

Adresse

Clé

Sexe : M F

Jour

Mois

Année

Lieu de naissance

Dépt.

commune

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

Secteur d'activité professionnelle

Convention collective applicable au salarié

Emploi occupé

Durée du travail

niveau ou coefficient hiérarchique

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 jour:

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

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'information, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme.

10642- juillet 2023 C D /11

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	(Borreliose 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 mélitensis</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 ☐

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

Secteur d'activité professionnelle		DATE ET HEURE PRÉVISIBLES DE L'EMBAUCHE		Jour	Mois	Année	Heures	Minutes
Convention collective applicable au salarié		niveau ou coefficient hiérarchique						
Emploi occupé								
Durée du travail		Hebdo.	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)

(nom et prénom de la personne remplacée)

☐ Remplacement de :

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
Code NAF (APE)	
N° SIRET OU MSA	
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	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
☐	Autre motif :	(précisez sa nature)

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