**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

A remettre complété au bureau du club pour l'établissement de votre contrat de travail

**ETAT CIVIL**

NOM : - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

NOM de JEUNE FILLE : - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Prénoms : - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Date de naissance : - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Ville de naissance : - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

N° de Sécurité Sociale : - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

joindre la copie recto/verso de votre carte sécurité sociale

Centre de Sécurité Sociale n° : - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Adresse du centre de Sécurité Sociale : - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

**ADRESSE - COORDONNEES**

Résidence : - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - Bâtiment : N° / lettre / nom

N°, - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Code Postal Ville

Numéro de téléphone portable : - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Adresse messagerie : - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

**SITUATION FAMILLIALE**

Célibataire : - Marié(e) : - Pacsé(e) : - Divorcé(e) : - Veuf/Veuve : -

Nombre d'enfant(s) : - - - - - -

Nom et Prénom : - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Nom et Prénom : - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Nom et Prénom : - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

**FORMATION(S) & DIPLOME(S)**

Joindre la copie de vos diplômes et de votre carte professionnelle

Discipline 1 : - - - - - - - - - - - - - - - - - Discipline 2 : - - - - - - - - - - - - - - - - -

Brevet d'Etat : - - - - - - - - - - - - - - - - - degré : - - - - - - - - - - - - - - - - -

Brevet fédéral : - - - - - - - - - - - - - - - - - degré : - - - - - - - - - - - - - - - - -

BAFA : - - - - - - - - - - - - - - - - -

Brevet de Secouriste : - - - - - - - - - - - - - - - - - degré : - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

Autre(s) diplôme(s) : - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

**COORDONNÉES BANCAIRES**

Joindre la copie de votre RIB / SEPA

**ETES VOUS AUTOENTREPRENEUR ?**

Si vous pratiquez une activité d’auto-entrepreneur en plus de vos activités, nous l’indiquer en entourant la case Oui (ou non si vous ne l’êtes pas). ;;;;Oui / Non

**INFORMATION SUR LES AUTRES EMPLOYEURS**

**Extrait de la Convention Collective Nationale du Sport (CCNS)**

**Article 11.2 - Salariés à employeurs multiples / Cumul d’emploi**

11.2.1 - Principe

Le cumul d’emplois est possible, sauf dispositions particulières l’interdisant, dès lors qu’il ne contrevient pas à la réglementation concernant la durée maximale de travail autorisée. Le cumul d’un emploi public et d’un emploi privé relevant de la présente convention est possible dans les conditions prévues par les lois et règlements en vigueur.

Le salarié est tenu d’informer chacun de ses employeurs sur ses autres engagements contractuels.  
Si le salarié est fonctionnaire, il doit le préciser et il doit fournir une demande d’autorisation ou de déclaration de cumul d’activités de la part de son employeur.

11.2.2 - Durée du travail

Le temps de travail total des salariés à employeurs multiples est soumis au respect de la durée légale du travail.

Les heures effectuées au-delà de la durée contractuelle au profit d'un même employeur donnent lieu, selon le cas, au paiement d’heures complémentaires et/ou d'heures supplémentaires conformément aux dispositions du chapitre 5 de la présente convention.

11.2.3 - Médecine du travail

En cas d’embauche, la visite d’embauche n’est pas obligatoire lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- Le salarié est appelé à occuper un emploi identique ;

- Le médecin du travail concerné est en possession de la fiche d’aptitude établie en application de l’article R. 241-57 du Code du travail ;

- Aucune inaptitude n’a été reconnue lors du dernier examen médical intervenu au cours soit des 12 mois précédents si le salarié est à nouveau embauché par le même employeur, soit des 6 derniers mois lorsque le salarié change d’entreprise.

Ce principe est applicable dans les mêmes conditions à la visite médicale périodique obligatoire.

Dans tous les cas, les frais correspondants seront répartis entre l’ensemble des employeurs à l’initiative de celui d’entre eux qui les aura exposés.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom**  [du, des autre(s) employeur(s)] | **Adresse** | **Jour(s) travaillé(s)**  [ex : Mardi, Mercredi, Vendredi] | **Horaires**  [ex : 17h15 / 22h00] |
| - - - - - - - - - - - - - - -  - - - - - - - - - - - - - - - | - - - - - - - - - - - - - - -  - - - - - - - - - - - - - - -  - - - - - - - - - - - - - - - | - - - - - - - - - - - - - | --h-- / --h-- |
| - - - - - - - - - - - - - - -  - - - - - - - - - - - - - - - | - - - - - - - - - - - - - - -  - - - - - - - - - - - - - - -  - - - - - - - - - - - - - - - | - - - - - - - - - - - - - | --h-- / --h-- |
| - - - - - - - - - - - - - - -  - - - - - - - - - - - - - - - | - - - - - - - - - - - - - - -  - - - - - - - - - - - - - - -  - - - - - - - - - - - - - - - | - - - - - - - - - - - - - | --h-- / --h-- |
| - - - - - - - - - - - - - - -  - - - - - - - - - - - - - - - | - - - - - - - - - - - - - - -  - - - - - - - - - - - - - - -  - - - - - - - - - - - - - - - | - - - - - - - - - - - - - | --h-- / --h-- |

**Le signataire s’engage à informer l’OCGif de toute modification des informations indiquées sur cette fiche de renseignement** (changement d’employeur, changement d’horaires, retraite …)

Date & Signature de l’employé :

**LISTE DES PIÈCES ET DOCUMENTS A JOINDRE (copies/scans)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Quel document ?** | **Par qui ?** | **Quand ?** |
| Fiche de renseignements complétée et signée | Le salarié | Avant la prise de poste et à chaque évolution |
| Photocopie de la carte d'identité (recto/verso) ou du passeport | Le salarié | Avant la prise de poste |
| Photocopie de la carte de séjour (recto/verso) portant la mention "Travailleur salarié" ou le titre valant autorisation de travail | Travailleur étranger | Avant la prise de poste |
| Photocopie de la carte vitale (recto/verso) | Le salarié | Avant la prise de poste |
| Photocopie du/des diplôme(s) | Le salarié | Avant la prise de poste |
| Photocopie de la carte professionnelle (recto/verso) ou du formulaire de demande complété | Le salarié | Avant la prise de poste puis à chaque renouvellement |
| Justificatif des horaires réalisés chez un(les) autre(s) employeur(s) – cf fiche de renseignement | Pour le cumul d'heures travaillées | A chaque changement |
| Autorisation de cumul d'emploi de tous les employeurs | Fonctionnaire | Chaque année |
| Relevé d'identité bancaire : RIB / SEPA | Le salarié | Avant la prise de poste |
| Photocopie de la carte de tiers payant de la mutuelle | Le salarié | Avant la prise de poste puis tous les ans début Janvier |
| Photocopie de l'aptitude au travail (visite médicale d'embauche) | Le salarié | Dès que possible |