**Annonce d’un collaborateur aux fiches de salaire**

Nom de l’exploitant :

Indications sur le collaborateur

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Sexe : [ ]  M [ ]  F

N° AVS :

Nationalité :

Adresse :

Permis de travail : [ ]  L [ ]  B [ ]  G [ ]  C

Situation familiale

Etat civil : [ ]  Célibataire [ ]  Marié /date :

 [ ]  Veuf [ ]  Divorcé /date :

Conjoint

Nom et prénom :       Date de naissance :

N°AVS  :

Adresse du conjoint :

Permis de travail : [ ]  L [ ]  B [ ]  G [ ]  C

Le conjoint exerce-t-il une activité lucrative : [ ]  Oui [ ]  Non

Date d’entrée :       Date de sortie :

Canton du lieu de travail :       Pays du lieu de travail :

Enfants

Nombre d’enfants :

Nom :       Prénom :

Date de naissance :       N°AVS :

Nom :       Prénom :

Date de naissance :       N°AVS :

Allocations familiales et de ménage [ ]  Oui [ ]  Non Montant :

Conditions de travail

Emploi à partir du :

Durée déterminée jusqu’au :

Fonction : [ ]  ouvrier agricole soumis CTT autre

Apprenti (e) : [ ]  1ère année [ ]  2ème année [ ]  3ème année [ ]  4ème année

Taux d’activité :

Heures par semaine :

Jours par semaine :

Qualification

[ ]  Non qualité [ ]  Avec CFC [ ]  Avec AFP

Salaire

Salaire brut :

Prime ancienneté :

Forfait heures suppl. :

13ème salaire [ ]  Oui [ ]  Non

Faut-il payer les vacances ? [ ]  Oui [ ]  Non (l’employé prend ces vacances)

L’employé est-il logé ? [ ]  Oui [ ]  Non Normes AVS Frs. 11.50/jour ou 345.-/mois

L’employé est-il nourri ? [ ]  Oui [ ]  Non Normes AVS Frs. 21.50/jour ou 645.-/mois

Assurance maladie [ ]  Individuelle [ ]  Collective avec franchise choisie  :

Annexes obligatoires lors du premier enregistrement ou pour tout changement :

* Copie de la pièce d’identité valable et permis de travail
* Copie du livret de famille
* Copie du certficiat d’assurance maladie
* Copie de la décision d’obtention des subsides d’assurance maladie
* Copie de la décision d’obtention des allocations familiales et de ménage
* Déclaration pour le prélèvement de l’impôt à la source (à transmettre chaque année)

Lieu et date :       Signature de l’employeur :