

ATTESTATION DE DETACHEMENT

Attestation relating to the posting of a worker



N° 15553*01

DÉTACHEMENT D'UN TRAVAILLEUR ROULANT OU NAVIGANT DANS LE CADRE DE L'EXÉCUTION D'UNE PRESTATION DE SERVICES PAR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORT

*POSTING OF A ROAD AND INLAND WATERWAY TRANSPORT MOBILE WORKER IN THE
FRAMEWORK OF THE PROVISION OF SERVICES BY A TRANSPORT COMPANY*

Modèle 1

*A remplir par l'employeur
To be filled out by the employer*

Article R.1331-2 du code des transports

Cette attestation est valable pour une durée maximale de six mois à compter de sa date d'établissement

This attestation is valid for a maximum period of six months after its date of issue

Le formulaire d'attestation est établi en deux exemplaires dont l'un est remis au salarié détaché afin d'être conservé à bord du moyen de transport avec lequel est assuré le service et l'autre est détenu par l'entreprise d'accueil du salarié roulant ou navigant détaché.

The attestation form is drawn up in two copies, one is given to the posting worker to be kept in the vehicle which the service is provided with, the other is kept by the borrowing company of the road or inland waterway transport mobile worker.

Veillez remplir toutes les rubriques

Please complete all headings

EMPLOYEUR (employer)

Nom ou raison sociale : _____
Business name :

Forme juridique de l'entreprise : _____
Legal form

Adresse complète dans le pays d'établissement (n°, voie, ville et pays): _____
Full address in country of establishment (number, street, postal code, town and country):

N° de téléphone : _____
Telephone number:

Courriel : _____
email :

Références d'immatriculation au registre électronique national des entreprises de transport par route prévu par l'article 16 du règlement européen (CE) n° 1071/2009 du 21 octobre 2009 :

Registration number in the national electronic register of road transport undertakings (regulation (EC) n°1071/2009 of 21 october 2009)

NOM(S) DU/DES ORGANISME(S) DE RECOUVREMENT DES COTISATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE *Name(s) of body/bodies collecting social security contributions*

DIRIGEANT(S) DE L'ENTREPRISE *Directors(s)*

Identité du dirigeant de l'entreprise :

Identity of the company's director:

Nom : _____ **Prénom:** _____

Name:

First name:

Date de naissance :

Date of birth :

Lieu de naissance (ville et pays) : _____

Place of birth (town and country) :

Le cas échéant, identité des autres dirigeants : _____

Identity of others directors, when applicable :

REPRÉSENTANT EN FRANCE DE L'ENTREPRISE *Company's representative in France*

Identité du représentant en France :

Identity of representative in France for the period of the service :

Nom ou raison sociale (le cas échéant) : _____

Name or Business name (when appropriate) :

Prénom : _____

First name :

Adresse complète postale en France (n°, voie, code postal et ville) : _____

Full address in France (street number, postal code, town):

N° de téléphone : _____

Telephone number:

Courriel : _____

Email :

**FRAIS DE VOYAGE, DE NOURRITURE ET, LE CAS ECHEANT, D'HEBERGEMENT
ENGAGÉES PAR JOUR DE DÉTACHEMENT *Travel, Meals and Lodging expenses per day of posting***

Frais de voyage (cocher la case correspondante) :

Travel costs (Tick the relevant box) :

Prise en charge directe par l'employeur

Directly paid by the employer :

Remboursement des frais avancés par le travailleur

Reimbursement of expenses advanced by the worker :

Préciser son montant (en euros) : _____

Specify the amount of the reimbursement, in € :

Versement d'une somme forfaitaire

Lump-Sum payment :

Préciser son montant (en euros) : _____

Specify the amount of the lump-sum, in € :

Frais de nourriture (cocher la case correspondante) :

Meals expenses (check the relevant box) :

Prise en charge directe par l'employeur

Directly paid by the employer :

Remboursement des frais avancés par le travailleur

Reimbursement of expenses advanced by the workers :

Préciser son montant (en euros) : _____

Specify the amount of the reimbursement, in € :

Versement d'une somme forfaitaire

Lump-Sum payment :

Préciser son montant (en euros) : _____

Specify the amount of the lump-sum, in € :

Le cas échéant, frais d'hébergement (cocher la case correspondante) :

Lodging expenses (check the relevant box) :

Prise en charge directe par l'employeur

Directly paid by the employer :

Remboursement des frais avancés par le travailleur

Reimbursement of expenses advanced by the workers :

Préciser son montant (en euros) : _____

Specify the amount of the reimbursement, in € :

Versement d'une somme forfaitaire

Lump-Sum payment :

Préciser son montant (en euros) : _____

Specify the amount of the lump-sum, in € :

DATE D'EXPIRATION DE L'ATTESTATION (au plus tard 6 mois après sa date d'établissement)

Expiry date of the attestation (no later than six months after its issue)

Date d'expiration (*expiry date*) :

Fait à _____ le _____
Signed in _____, on _____

Signature et cachet de l'employeur :
Employer's signature and stamp

Annexe
Appendix

INFORMATIONS RELATIVES AU SALARIE ROULANT OU NAVIGANT DETACHE
Information relating to the mobile posted worker

Cette annexe doit être complétée par l'employeur du salarié roulant ou navigant détaché en France, qu'il soit ressortissant de l'Union européenne ou d'un Etat tiers.

The employer must complete this appendix for the mobile worker posted in France, whether he is a Community or third-country national.

Nom : _____ Prénom: _____
Name: _____ First name: _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance (ville et pays) : _____
Date of birth : _____ Place of birth (town and country) : _____

Nationalité : _____
Nationality : _____

Adresse de résidence habituelle : _____
Address of ordinary residence : _____

Date de signature du contrat de travail : _____
Date of signature of work contract : _____

Droit du travail applicable au contrat de travail : _____
Labor law applicable to the work contract : _____

Qualification professionnelle : _____
Professional qualification : _____

Taux de salaire horaire brut (converti en euros le cas échéant) : _____
Gross hourly wage (in €)