**Nom et adresse de l’entreprise (tampon) Personne de contact dans l’entreprise :**

Mme / M :

Téléphone :

Période de contrôle :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom** | **Prénom** | **entrée -------et-------- sortie de l’entreprise** | **N° AVS (13) -----------et----------- Date de naissance** | **Qualification *\****  (Cocher ce qui convient) | | | | **Salaire de base (mensuel ou horaire)** |
| Qualifié | Aide | Réassujetti | Apprenti |
| **1** |  |  | ------------------ | -------------------------- |  |  |  |  |  |
| Date CFC |
|  |
| **2** |  |  | ------------------ | -------------------------- |  |  |  |  |  |
| Date CFC |
|  |
| **3** |  |  | ------------------ | -------------------------- |  |  |  |  |  |
| Date CFC |
|  |
| **4** |  |  | ------------------ | -------------------------- |  |  |  |  |  |
| Date CFC |
|  |
| **5** |  |  | ------------------ | -------------------------- |  |  |  |  |  |
| Date CFC |
|  |
| **6** |  |  | ------------------ | -------------------------- |  |  |  |  |  |
| Date CFC |
|  |
| **7** |  |  | ------------------ | -------------------------- |  |  |  |  |  |
| Date CFC |
|  |
| **8** |  |  | ------------------ | -------------------------- |  |  |  |  |  |
| Date CFC |
|  |

***\****Qualifié : Monteur avec CFC, CAP ou titre jugé équivalent

Réassujetti : Monteur avec CFC, pendant les deux premières années qui suivent l’apprentissage ***Voir au verso pour photos***

Aide : Travailleur sans CFC **f**

*CPMBG / 2016nnn*