

FORMULAIRE DE RENOUVELLEMENT ET ATTESTATION MAINTIEN DANS L'EMPLOI CNDS/ANS 2020

A RETOURNER AU PLUS TARD LE 19 JUIN 2020

2ème année ☐

3ème année ☐

4ème année ☐

Document à joindre à ce formulaire :

1. La DSN la plus récente (mentionnant le nom de la salariée ou du salarié) - anciennement DADS

STRUCTURE EMPLOYEUR :

☐ Club

☐ Comité départemental

☐ Comité régional / ligue

Nom de l'association employeur :

Adresse du siège social :

Code postal :

Commune :

Fédération d'affiliation :

Discipline sportive :

ACTUALISATION DES RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ ET LE PROFIL DE POSTE

Le salarié a-t-il changé au cours de l'année ? : Oui ☐ Non ☐

Si oui, indiquer :

+ NOM, Prénom :

+ Adresse :

+ Date de naissance :

+ Qualification(s) *

BEES, BPJEPS, DEJEPS ou DESJEPS préciser degré (BE) et discipline

Autre qualification, à préciser :

+ Photocopie de la carte professionnelle (uniquement pour les éducateurs sportifs)

+ Copie du contrat de travail daté et signé :

Le profil de poste a-t-il changé ? :

Oui ☐ Non ☐

Si oui, indiquer le nouveau profil de poste *

* Cocher la ou les case(s) correspondante(s)

☐ Éducateur sportif

☐ Agent de développement

☐ Agent administratif

☐ Autre, préciser :


ACTUALISATION DU CONTRAT DE TRAVAIL


Le contrat de travail a-t-il changé au cours de l'année :

Oui ☐

Non ☐

Si oui, indiquer

 Groupe de référence de la convention collective nationale du sport :

 Durée annuelle du travail :

 Taux brut horaire :

 Salaire brut annuel :

Attention: en cas de changement de situation du salarié, fournir l'avenant du contrat de travail existant

BILAN des ACTIONS DE DÉVELOPPEMENT DE L'ANNÉE

* *Cocher la ou les case(s) correspondante(s)*

ÉTAT D'AVANCEMENT DE LA PÉRENNISATION

ATTESTATION DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI 2020

Je soussigné(e), *NOM PRENOM*

Président(e) de l'association

Certifie que l'emploi mis en place par la convention originelle de *ANNEE* est maintenu.

Il est occupé actuellement par *NOM PRENOM SALARIE*

Le contrat de travail est maintenu dans sa forme initiale (à défaut, joindre une copie du contrat modifié)

Le nombre d'heures mensuelles effectuées est de *XXX*

Le montant du salaire mensuel brut est de *XXXXXX* €

Fait à *XXXX* le *XXXX*

DIAGNOSTIC LOCAL d'ACCOMPAGNEMENT (DLA)

Avez-vous fait ou envisagez-vous de faire une demande d'un dispositif local d'accompagnement (DLA) avant la fin du dispositif ?

Oui ☐

Non ☐

Le soussigné atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis et s'engage à satisfaire à toute demande de précision en provenance des autorités de tutelle.

A :

Cachet de l'association :

le :

Nom et prénom du Président :

Signature du Président :

* Cocher la ou les case(s) correspondante(s)