

**CAISSE NATIONALE
DE SECURITE SOCIALE**

01 BOITE POSTALE 374 - COTONOU
TELEPHONES : 21 30 27 21 - 21 30 27 27
21 30 27 30 - 21 30 27 65 - 21 30 27 67
FAX DIRECTION GENERALE : 21 30 26 36

AVIS D'EMBAUCHAGE

M M. Les employeurs sont invités à remplir cet imprimé qui doit obligatoirement être adressé à la caisse dans les 48 heures suivant l'embauchage.

(Décret N° 69 - 266 - PR - MFPRAT du 17 Octobre 1969)

EMPLOYEUR		Numéro D'immatriculation															
NOM OU RAISON SOCIALE ET ADRESSE.....		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>															
.....																	
SALARIE																	
NOM.....																	
NOM de jeune fille (S'il y a lieu)																	
PRENOMS																	
N° d'immatriculation	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																Numéro à six ou 14 Chiffres figurant sur le livret ou la carte d'assurance
Date de l'embauchage.	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>																
	JOUR MOIS ANNEE																

IMMATRICULATION DU TRAVAILLEUR

A REMPLIR SEULEMENT DANS LE CAS OU LE TRAVAILLEUR NE REPRESENTE PAS LE LIVRET D'ASSURANCE
ET DECLARE N'AVOIR JAMAIS ETE IMMATRICULE

Nationalité du travailleur

Date de naissance

Ville ou village

Sous-préfecture ou pays d'origine

Sexe

Profession

Nom du Père

Nom de la mère

Adresse actuelle

.....

.....

Reservé à la codification
Informatique

Numéro - AN - JS

N

Délivré le à

- Pièce à joindre
- 1 Photo d'identité
 - Photocopie légalisée CI ou PP
 - Copie conforme ou Photocopie légalisée AN - JS

A le.....

(Signature et cachet de l'employeur
avec précision : NOM - Prénoms et qualité du Signataire)