



santé  
famille  
retraite  
services

Code de sécurité : **24214F1F3FF8329**  
Pour contrôler cette attestation, connectez-vous sur :  
**http://verification-attestations.msa.fr**  
Ce contrôle peut être effectué pendant un an après la  
publication de l'attestation



**ATTESTATION DESTINÉE À FRANCE TRAVAIL**  
**22/09/2024**

**Raison sociale de l'entreprise :** DOMAINE A.F.GROS  
**Siret :** 383 967 346 00016  
**Adresse :** 5 GRANDE RUE 21630 Pommard  
**Complément Adresse :**  
**Convention collective :** 8262 - Convention collective régionale des exploitations agricoles Côte d'or Nièvre Yonne ETAR CUMA Côte d'or  
**APE :** 0121Z

**Nom et Prénom(s) du salarié :** BOUYE FLEUR  
**Date de naissance :** 17/02/1975  
**Adresse :** 7 Rue Lamonnaye 21000 Dijon (FRANCE)  
**Complément Adresse :**  
**Nationalité :** FRANCE  
**Domiciliation fiscale à l'étranger :** Non  
**Numéro Sécurité Sociale :** 2 75 02 75 114 364 51  
**Lieu de naissance :** Paris (FRANCE)  
**Organisme de sécurité sociale :** MSA

**Caisse de retraite complémentaire :** AGRICA  
**Statut :** Non cadre

**Numéro du contrat de travail :** 21\_38396734600016\_DPAE\_1726046460194  
**Période d'emploi :** Du 18/09/2024 au 22/09/2024  
**Nature contrat :** CDD  
**Durée de travail de l'entreprise :** 151.67h par mois  
**Régime Alsace-Moselle :** Non  
**Motif de la rupture :** 031 - fin de contrat à durée déterminée  
**Motif du CDD :** 04 - Contrat vendange  
**Durée de travail du salarié :** 151.67h par mois  
**Ancienneté :** 5 jour(s)  
**Date de fin initialement prévue :** 18/09/2024

**Période de salaire n°1 :** du 18/09/2024 au 22/09/2024  
**Salaire brut (hors indemnités) n°1 :** 576.00 €  
**Nb heures :** 45.00

**Plus les indemnités de fin de contrat suivantes :**  
**Indemnités liées à la rupture du contrat :** 57.60 €  
**ICCP :** 63.36 €

**SAS DOMAINE AF GROS**  
5 Grande Rue - 21630 Pommard  
SIRET 383 967 346 00016  
T.V.A. FR 04 383 967 346

Fait à : **Beaune**  
Le (Date) : **22/9/2024**

signature de l'employeur

Identification du signataire : **PARENT CAROLINE**  
Nom : **PARENT**  
Qualité : **DG**  
Mail : **contact@af-gros.com**  
Téléphone : **0380 22 61 85**

Ces données sont obligatoires pour la validité de l'attestation auprès de France Travail.