

Groupement d'Employeurs

**ASSOCIATION PAYS BASQUE EMPLOI**

L'Alliance  
3, rue du Pont de l'Aveugle  
64600 ANGLET  
Siret : 409 150 281 00056

Tél : 05 59 31 11 57  
Fax : 05 59 63 03 71  
ge@apbe-pe.com  
www.apbe-pe.com

Groupement d'Employeurs

**Partenaire Emploi**  
SAS de Travail Temporaire

L'Alliance  
3, rue du Pont de l'Aveugle  
64600 ANGLET  
Siret : 433 845 831 00026

Tél : 05 59 31 11 57  
Fax : 05 59 63 03 71  
ge@apbe-pe.com  
www.apbe-pe.com

Groupement d'Employeurs

**Développement Béarn**

114, bd Alsace Lorraine  
64000 PAU  
Siret : 409 150 281 00064

Tél : 05 59 68 56 42  
Fax : 05 59 72 94 02  
gle.bearn@apbe-pe.com  
www.apbe-pe.com



## RECRUTEMENT DE PERSONNEL

**ENTREPRISE** : .....

Contact : ..... Tél : ..... Fax : .....

Durée hebdomadaire de travail dans l'entreprise : ..... H      A.R.T.T. : OUI / NON

**PROFIL** : Poste : .....

Tâches à réaliser : .....

Lieu de travail : .....

**CONDITIONS** :

Période ou Durée du Contrat : du ..... au .....

Nombre d'heures (par mois ou semaine) : .....

Horaires de travail journaliers : Matin : de ..... à ..... Après-midi : de ..... à .....

Salaire Horaire Brut : ..... Coefficient : ..... Qualification : .....

Conditions Particulières (Primes, Frais, Paniers... ) : .....

Poste à risque :  Oui     Non

Forme du Contrat CDD : Surcroît  Remplacement  Etudiant  Saisonnier  / CDI

\* **Si CDD surcroît**, motif du surcroît : .....

\*\* **Si CDD remplacement**, motif de l'absence : .....

\*\* **Préciser pour la personne remplacée** : Nom/Prénom : .....

Qualification : ..... Coeff : ..... Poste : .....

**CANDIDAT** (nécessaire pour la déclaration URSSAF)

N° SS : ..... à immatriculer : OUI- / NON.....

Nom / Prénom : ..... .Nom Jeune Fille : .....

Adresse : .....

..... Tél : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Nationalité : .....

**Si étranger, copie de la carte de séjour à joindre à cette fiche**

Emploi précédemment occupé : .....

ou Situation avant embauche : .....

Visite médicale effectuée le ..... pour le poste de .....

**Copie du certificat d'aptitude à joindre à cette fiche**

**A faxer au : 05.59.63.03.71 (Anglet) ou au 05.59.72.94.02 (Pau)**

Nom du Responsable Demandeur : ..... Date : .....

Signature :