



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère chargé
du travail

ATTESTATION DE DETACHEMENT

Attestation relating to the posting of a worker



N°15553*01

DÉTACHEMENT D'UN TRAVAILLEUR ROULANT OU NAVIGANT DANS LE CADRE DE L'EXÉCUTION D'UNE PRESTATION DE SERVICES PAR UNE ENTREPRISE DE TRANSPORT

*POSTING OF A ROAD AND INLAND WATERWAY TRANSPORT MOBILE WORKER IN THE
FRAMEWORK OF THE PROVISION OF SERVICES BY A TRANSPORT COMPANY*

Modèle 1

*A remplir par l'employeur
To be filled out by the employer*

Article R.1331-2 du code des transports

Cette attestation est valable pour une durée maximale de six mois à compter de sa date d'établissement

This attestation is valid for a maximum period of six months after its date of issue

Le formulaire d'attestation est établi en deux exemplaires dont l'un est remis au salarié détaché afin d'être conservé à bord du moyen de transport avec lequel est assuré le service et l'autre est détenu par le représentant de l'entreprise.

The attestation form is drawn up in two copies, one is given to the posted worker to be kept in the vehicle which the service is provided with, the other is kept by the company's representative.

Veillez remplir toutes les rubriques

Please complete all headings

EMPLOYEUR (employer)

Nom ou raison sociale : _____

Business name :

Forme juridique de l'entreprise : _____

Legal form

Adresse complète dans le pays d'établissement (n°, voie, ville et pays): _____

Full address in country of establishment (number, street, postal code, town and country):

N° de téléphone : _____

Telephone number:

Courriel : _____

email :

Références d'immatriculation au registre électronique national des entreprises de transport par route prévu par l'article 16 du règlement européen (CE) n° 1071/2009 du 21 octobre 2009 :

Registration number in the national electronic register of road transport undertakings (regulation (EC) n°1071/2009 of 21 october 2009)

NOM(S) DU/DES ORGANISME(S) DE RECOUVREMENT DES COTISATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE *Name(s) of body/bodies collecting social security contributions*

DIRIGEANT(S) DE L'ENTREPRISE *Directors(s)***Identité du dirigeant de l'entreprise :***Identity of the company's director :***Nom :** _____ **Prénom:** _____
*Name: First name:***Date de naissance :** _____ **Lieu de naissance (ville et pays) :** _____
*Date of birth : Place of birth (town and country) :***Le cas échéant, identité des autres dirigeants :** _____
*Identity of others directors, when applicable :***REPRÉSENTANT EN FRANCE DE L'ENTREPRISE *Company's representative in France*****Identité du représentant en France :** _____
*Identity of representative in France :***Nom ou raison sociale (le cas échéant) :** _____
*Name or Business name (when appropriate) :***Prénom :** _____
*First name :***Adresse complète postale en France (n°, voie, code postal et ville) :** _____
*Full address in France (street number, postal code, town):***N° de téléphone :** _____
*Telephone number:***Courriel :** _____
*Email :***FRAIS DE NOURRITURE ET, LE CAS ECHEANT, D'HEBERGEMENT ENGAGÉS PAR JOUR DE DÉTACHEMENT *Meals and Lodging expenses per day of posting*****Frais de nourriture (cocher la case correspondante) :***Meals expenses (check the relevant box) :* Prise en charge directe par l'employeur*Directly paid by the employer :* Remboursement des frais avancés par le travailleur*Reimbursement of expenses advanced by the worker :*

Préciser son montant (en euros) : _____

Specify the amount of the reimbursement, in € : Versement d'une somme forfaitaire*Lump-Sum payment :*

Préciser son montant (en euros) : _____

Specify the amount of the lump-sum, in € :

Le cas échéant, frais d'hébergement (cocher la case correspondante) :

Lodging expenses (check the relevant box) :

Prise en charge directe par l'employeur

Directly paid by the employer :

Remboursement des frais avancés par le travailleur

Reimbursement of expenses advanced by the worker :

Préciser son montant (en euros) : _____

Specify the amount of the reimbursement, in € :

Versement d'une somme forfaitaire

Lump-Sum payment :

Préciser son montant (en euros) : _____

Specify the amount of the lump-sum, in € :

DATE D'EXPIRATION DE L'ATTESTATION (au plus tard 6 mois après sa date d'établissement)

Expiry date of the attestation (no later than six months after its issue)

Date d'expiration (*expiry date*) : _____

Fait à _____ le _____
Signed in _____, on _____

Signature et cachet de l'employeur :
Employer's signature and stamp

Annexe
Appendix

INFORMATIONS RELATIVES AU SALARIE ROULANT OU NAVIGANT DETACHE
Information relating to the mobile posted worker

Cette annexe doit être complétée par l'employeur du salarié roulant ou navigant détaché en France, qu'il soit ressortissant de l'Union européenne ou d'un Etat tiers.

The employer must complete this appendix for the mobile worker posted in France, whether he is a Community or third-country national.

Nom : _____ Prénom: _____
Name: First name:

Date de naissance : _____ Lieu de naissance (ville et pays) : _____
Date of birth: Place of birth (town and country):

Nationalité : _____
Nationality:

Adresse de résidence habituelle : _____
Address of ordinary residence:

Date de signature du contrat de travail : _____
Date of signature of work contract:

Droit du travail applicable au contrat de travail : _____
Labor law applicable to the work contract:

Qualification professionnelle : _____
Professional qualification:

Taux de salaire brut appliqué pendant le détachement (converti en euros le cas échéant) : _____
Gross hourly wage for the time of posting (in €):