



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère chargé
du travail

ATTESTATION DE DETACHEMENT

Attestation relating to the posting of a worker

(Mobilité intragroupe)

(Staff mobility within a Group)



N° xxxxx*xx

**DÉTACHEMENT D'UN TRAVAILLEUR ROULANT OU NAVIGANT ENTRE
ETABLISSEMENTS D'UNE MÊME ENTREPRISE OU ENTRE ENTREPRISES
D'UN MÊME GROUPE**

Modèle 3

*POSTING OF A ROAD OR INLAND WATERWAY TRANSPORT MOBILE WORKER BY A
BETWEEN ESTABLISHMENTS BELONGING TO THE SAME COMPANY OR
COMPANIES OF THE SAME GROUP*

*A remplir par l'entreprise employant habituellement le salarié ou à défaut par
l'entreprise d'accueil
To be filled out by the lending company or failing that, by the borrowing company*

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 l'entreprise d'accueil du salarié roulant ou navigant détaché.

The attestation form is drawn up in two copies, one is given to the posting worker to be kept in the vehicle which the service is provided with, the other is kept by the borrowing company of the road or inland waterway transport mobile worker.

Veillez remplir toutes les rubriques

Please complete all headings

EMPLOYEUR HABITUEL (*lending employer*)

Nom ou raison sociale : _____

Business name :

Forme juridique : _____

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 to 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 for the period of the service :***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 :***ENTREPRISE/ETABLISSEMENT D'ACCUEIL DU SALARIE EN FRANCE / *Borrowing company in France*****Nom ou raison sociale :** _____*Business name :***Adresse complète (n°, voie, ville):** _____*Full address (street number, postal code, town):*

N° de téléphone : _____*Telephone number::***Courriel :** _____*Email :***Numéro d'identification SIRET :** _____*Siret number***HÉBERGEMENT COLLECTIF (LE CAS ÉCHÉANT) *Collective Lodging (where appropriate)*****Adresse(s) complète(s) (n°, voie, code postal, ville et pays) :**

Full address(es) (number, street, postal code, town and country) :

FRAIS DE VOYAGE, DE NOURRITURE ET, LE CAS ECHEANT, D'HEBERGEMENT ENGAGÉES DU FAIT DU DÉTACHEMENT <i>Travel, Meals and Lodging expenses of the workers</i>
--

Frais de voyage (cocher la case correspondante) :

Travel costs (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 € :

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 workers :

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 workers :

Préciser son montant (en euros) : _____

Specify the amount of the reimbursement, in € :

Versement d'une somme forfaitaire

Lump-Sum payement :

Préciser son montant (en euros) : _____

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

Dates de début et de fin du détachement

Dates of start and end of posting in France

Date du début du détachement : _____

Date of start of posting in France :

Date de fin du détachement : _____

End date of posting :

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 habituel ou à défaut par l'entreprise d'accueil du salarié détaché, qu'il soit ressortissant de l'Union européenne ou d'un Etat tiers.

The employer, or failing that, the host company, must complete this appendix for the mobile worker, whether he is 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 horaire brut (converti en euros le cas échéant) : _____

Gross hourly wage (in €)