

Madame, Monsieur,

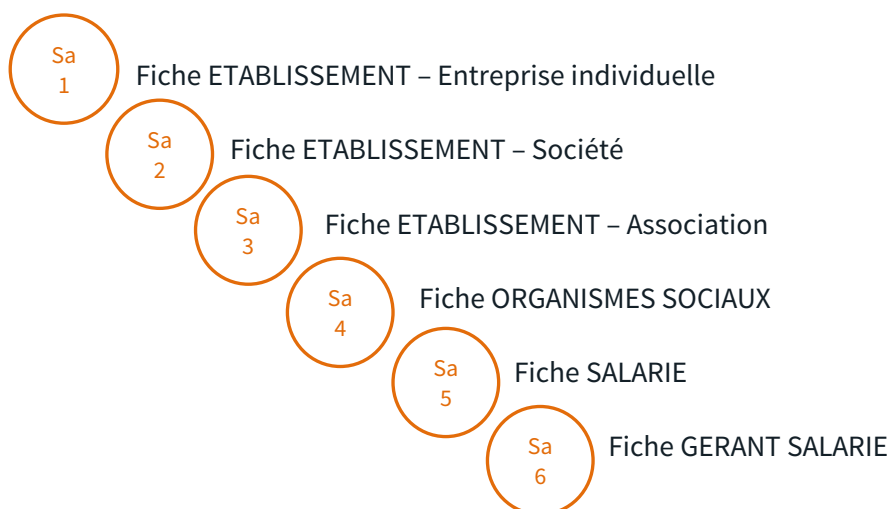
Vous souhaitez confier la gestion de vos bulletins de salaires au **Service Salaire du GHN**. Pour ce faire, vous devez nous retourner les **fiches de renseignements complétées** ainsi que les **pièces demandées**.

Le Service Salaire du GHN ne commencera à réaliser vos bulletins de salaires qu'à compter de la réception du dossier complet.

Restant à votre disposition,

L'Équipe du Service Salaire du GHN

Sommaire :



Vous êtes :

Une ENTREPRISE INDIVIDUELLE : complétez les fiches

Sa 1

Sa 4

Sa 5

Une SOCIÉTÉ : complétez les fiches

Sa 2

Sa 4

et Sa 5

et/ou Sa 6

selon les cas

Une ASSOCIATION : complétez les fiches

Sa 3

Sa 4

Sa 5

Dossier à compléter et à retourner

Par courrier

GHN Service Salaire
12 Avenue de la république
41600 Lamotte-Beuvron

OU

Par mail

paye3@ghn.com.fr



GRUPEMENT HIPPIQUE NATIONAL

SERVICE SALAIRE GHN :

Fiche ÉTABLISSEMENT : Entreprise Individuelle

Sa
1

L'ÉTABLISSEMENT

N° d'adhérent au GHN (si déjà adhérent) [REDACTED]
Nom de l'établissement [REDACTED]
Nom et prénom du dirigeant [REDACTED]
N° de portable [REDACTED] E mail : [REDACTED]
Adresse [REDACTED]
[REDACTED]
Code postal [REDACTED] Ville [REDACTED]
N° SIRET [REDACTED] Code APE/NAF [REDACTED]

L'INTERLOCUTEUR (si différent du dirigeant)

Nom et prénom de l'interlocuteur [REDACTED]
Fonction dans l'entreprise [REDACTED]
N° de portable [REDACTED] E mail : [REDACTED]

LES ACTIVITES DE L'ÉTABLISSEMENT

Activité principale de l'établissement :

Enseignement de l'équitation

Travail/valorisation des chevaux

Prise en pension

Autre : précisez [REDACTED]

Est-ce que l'établissement réalise des activités commerciales (hébergement, restauration, vente de matériel, ou autres) : OUI, précisez le % du chiffre d'affaires [REDACTED] NON

CONVENTION COLLECTIVE APPLIQUEE

L'établissement applique-t-il la convention collective du personnel des centres équestres? OUI NON

L'établissement applique-t-il déjà une autre convention collective (ex. polyculture élevage,...)?

OUI, précisez laquelle [REDACTED] NON

INFORMATIONS NECESSAIRES POUR LE CICE

Êtes-vous adhérent d'un centre de gestion agréé ou d'une association de gestion agréée? OUI NON

Le conjoint (marié ou pacsé) du dirigeant est-il salarié dans l'entreprise? OUI NON

Si oui, merci de nous communiquer le nom du salarié concerné [REDACTED]

L'ÉTABLISSEMENT

N° d'adhérent au GHN (si déjà adhérent) [REDACTED]

Nom de la société (dénomination sociale) [REDACTED]

Nom de l'établissement (si différent de la dénomination sociale) [REDACTED]

Type de société EARL SCEA GAEC EURL SARL SAS SASU autre : précisez [REDACTED]

Nom et prénom du/des gérant(s) Gérant 1 : [REDACTED]

Gérant 2 : [REDACTED]

N° de portable [REDACTED] E-mail [REDACTED]

Adresse du siège social [REDACTED]

Code postal [REDACTED] Ville [REDACTED]

N° SIRET [REDACTED] Code APE/NAF [REDACTED]

L'INTERLOCUTEUR (si différent du gérant)

Nom et prénom de l'interlocuteur [REDACTED]

Fonction dans la société [REDACTED]

N° de portable [REDACTED] E-mail [REDACTED]

LES ACTIVITES DE L'ÉTABLISSEMENT

Activité principale de l'établissement :

Enseignement de l'équitation

Élevage de chevaux

Prise en pension

Autre : précisez [REDACTED]

Travail/valorisation des chevaux

Est-ce que l'établissement réalise des activités commerciales (hébergement, restauration, vente de matériel, ou autres) : OUI, précisez le % du chiffre d'affaires [REDACTED] NON

LA CONVENTION COLLECTIVE APPLIQUEE

L'établissement applique-t-il la convention collective du personnel des centres équestres? OUI NON

L'établissement applique-t-il déjà une autre convention collective (ex. polyculture élevage,...)?

OUI, précisez laquelle [REDACTED] NON

LE REGIME FISCAL DE LA SOCIETE :

Impôt sur le revenu, dans ce cas précisez si : Déclaration uniquement BA* Déclarations BA* et BIC**

*Bénéfices Agricoles ** Bénéfices Industriels et Commerciaux

Impôt sur les sociétés

LES ASSOCIÉS :

Nom - Prénom	Statut au sein de la société	% du capital détenu	Lien de parenté ou conjugués (marié-pacsé-concubin) avec d'autres associés, précisez.
	<input type="checkbox"/> Gérant <input type="checkbox"/> Associé exploitant <input type="checkbox"/> Contrat de travail signé avec la société <input type="checkbox"/> Simple apporteur de capitaux		
	<input type="checkbox"/> Gérant <input type="checkbox"/> Associé exploitant <input type="checkbox"/> Contrat de travail signé avec la société <input type="checkbox"/> Simple apporteur de capitaux		
	<input type="checkbox"/> Gérant <input type="checkbox"/> Associé exploitant <input type="checkbox"/> Contrat de travail signé avec la société <input type="checkbox"/> Simple apporteur de capitaux		
	<input type="checkbox"/> Gérant <input type="checkbox"/> Associé exploitant <input type="checkbox"/> Contrat de travail signé avec la société <input type="checkbox"/> Simple apporteur de capitaux		
	<input type="checkbox"/> Gérant <input type="checkbox"/> Associé exploitant <input type="checkbox"/> Contrat de travail signé avec la société <input type="checkbox"/> Simple apporteur de capitaux		
	<input type="checkbox"/> Gérant <input type="checkbox"/> Associé exploitant <input type="checkbox"/> Contrat de travail signé avec la société <input type="checkbox"/> Simple apporteur de capitaux		

INFORMATIONS NECESSAIRES POUR LE CICE

La société est-elle adhérente d'un centre de gestion agréé? OUI NON

Le(s) conjoint(s) (marié ou pacsé) du ou des associés exploitants sont-ils salariés dans la société? OUI NON

Si oui, merci de nous communiquer le nom du ou des salarié(s) concerné(s)

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT (seuls les dossiers complets seront pris en charge par le Service Salaire)

- Statuts de la société
- Procès-verbal de la dernière modification des statuts

L'ÉTABLISSEMENT

N° d'adhérent au GHN (si déjà adhérent) [REDACTED]

Nom de l'établissement [REDACTED]

Nom et prénom du président [REDACTED]

N° de portable [REDACTED] E-mail [REDACTED]

Adresse [REDACTED]

Code postal [REDACTED] Ville [REDACTED]

N° SIRET [REDACTED] Code APE/NAF [REDACTED]

L'INTERLOCUTEUR

Nom et prénom de l'interlocuteur [REDACTED]

Fonction dans l'association [REDACTED]

N° de portable [REDACTED] E-mail : [REDACTED]

LES ACTIVITES DE L'ÉTABLISSEMENT

Activité principale de l'établissement :

Enseignement de l'équitation

Travail/valorisation des chevaux

Prise en pension

Autre : précisez [REDACTED]

Est-ce que l'établissement réalise des activités commerciales (hébergement, restauration, vente de matériel, ou autres) : OUI, précisez le % du chiffre d'affaires [REDACTED] NON

CONVENTION COLLECTIVE APPLIQUEE

L'établissement applique-t-il la convention collective du personnel des centres équestres? OUI NON

L'établissement applique-t-il déjà une autre convention collective (ex. polyculture élevage,...)?

OUI, précisez laquelle [REDACTED] NON

RÉGIME FISCAL DE L'ASSOCIATION :

Entièrement fiscalisée

Partiellement fiscalisée : précisez le % de chiffre d'affaires fiscalisé (à la TVA) [REDACTED]

Non fiscalisée

CAISSE DE SECURITE SOCIALE DE RATTACHEMENT : MSA URSSAF

	SALARIES NON CADRES	SALARIES CADRES
RETRAITE	<p>Caisse de retraite :</p> <p><input type="checkbox"/> CAMARCA (<i>appelée directement par la MSA</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> UGRR/AG2R</p> <p><input type="checkbox"/> HUMANIS</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRE précisez <input type="text"/></p> <p>Mode de règlement :</p> <p><input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Télèrèglement</p> <p><input type="checkbox"/> Prélèvement <input type="checkbox"/> Virement</p>	<p>Caisses de retraite de base :</p> <p>Tranche A (ARRCO) : <input checked="" type="checkbox"/> CAMARCA</p> <p>Tranche B / C (AGIRC) : <input checked="" type="checkbox"/> CRCCA</p> <p><i>Cotisations directement prélevées par la MSA</i></p> <p>Mode de règlement à la MSA :</p> <p><input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Télèrèglement</p> <p><input type="checkbox"/> Prélèvement <input type="checkbox"/> Virement</p>
COMPLEMENTAIRE SANTE	<p><i>Obligatoire depuis le 01/01/2016</i></p> <p><input type="checkbox"/> APGIS</p> <p><input type="checkbox"/> AUTRE précisez <input type="text"/></p> <p>Mode de règlement :</p> <p><input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Télèrèglement</p> <p><input type="checkbox"/> Prélèvement <input type="checkbox"/> Virement</p>	<p>Caisse de retraite supplémentaire / de mutuelle/ de prévoyance obligatoire :</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> CPCEA</p> <p>Attention : <i>l'affiliation à la CPCEA est obligatoire pour tous les salariés à partir du coefficient 150. L'adhésion n'est pas automatique, contactez la CPCEA pour votre affiliation.</i></p>
PREVOYANCE	<p><i>Obligatoire à compter du 01/01/2017</i></p> <p>Caisse de prévoyance :</p> <p><input type="text"/></p> <p>Mode de règlement :</p> <p><input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Télèrèglement</p> <p><input type="checkbox"/> Prélèvement <input type="checkbox"/> Virement</p>	<p>Mode de règlement à la CPCEA :</p> <p><input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Télèrèglement</p> <p><input type="checkbox"/> Prélèvement <input type="checkbox"/> Virement</p>

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT (seuls les dossiers complets seront pris en charge par le Service Salaire)

- RIB de l'établissement
- Copie des appels de cotisations MSA pour les salariés

Si salarié non cadre :

- Copie du contrat d'adhésion de l'établissement à la complémentaire santé
- Copie de l'affiliation du ou des salarié(s) à la complémentaire santé
- Copie du contrat d'adhésion de l'établissement à une prévoyance
- Copie de l'affiliation du ou des salarié(s) à une prévoyance

Si salarié cadre :

- Copie du contrat d'adhésion de l'établissement à la CPCEA
- Copie de l'affiliation du ou des salarié(s) à la CPCEA
- ou copie d'un appel de cotisation CPCEA



Remplir autant de fiches que de salariés concernés

ETAT CIVIL DU SALARIE

Madame Monsieur

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Date de naissance / / Département Lieu de naissance

Nationalité : Française Autre (préciser et joindre une copie de la carte de séjour)

Numéro de sécurité sociale /

Le salarié n'a pas encore de numéro de sécurité sociale

ADRESSE ACTUELLE DU SALARIE

N° de voie

Nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal Ville

EMBAUCHE ET EMPLOI

Date entrée / / Heure d'entrée

Date ancienneté (si différente de la date d'entrée)

Emploi Coefficient

Attention : à partir du coefficient 150, le salarié doit être affilié à la CPCEA pour la retraite supplémentaire, la mutuelle et la prévoyance.

Autres renseignements pour des exonérations de cotisations patronales*, le salarié est-il :

Travailleur Occasionnel Demandeur d'emploi

* le nombre de jours de travail effectif devra alors obligatoirement être renseigné tous les mois pour bénéficier de l'exonération.



SERVICE SALAIRE GHN :

Fiche SALARIE

Sa

5 2/2

Remplir autant de fiches que de salariés concernés

CONTRAT

CDI

CDD motif* [] Date de fin de contrat prévue []

* Activité saisonnière, Surcroit temporaire d'activité, Remplacement d'un salarié absent ou du dirigeant

Contrat aidé : CUI-CIE, CUI-CAE, Emploi Avenir

Contrat d'apprentissage ou de professionnalisation

Contrat d'engagement éducatif (CEE)

DUREE DU TRAVAIL

Temps plein (35 heures par semaine soit 151.67 heures mensualisées)

Temps partiel : nombre d'heures par semaine [] ou par mois []

Temps plein annualisé : 1607 heures de travail par an

Contrat de travail intermittent

REMUNERATION

Salaires mensuel [] € Brut OU Taux horaire [] € Brut

Pour les contrats d'engagement éducatif (CEE) taux journalier, hors congés payés : [] € Brut

Avantages en nature :

Logement : [] Nourriture : [] Pension : []

Rémunération exclusive en avantage en nature

MODE DE PAIEMENT

Chèque Espèce Virement (fournir un RIB de votre salarié afin de paramétrer la fiche salarié du logiciel de paye)

MUTUELLE

Adhère à la mutuelle de l'entreprise : Oui Non (en cas de refus, fournir le justificatif de dispense d'adhésion)

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Copie du contrat de travail
- Copie de la DPAAE
- Copie des 3 derniers bulletins de salaire
- Copie de la convention pour les contrats aidés

Remplir autant de fiches que de Gérants salariés concernés

SYNTHÈSE DU RÉGIME SOCIAL DES GÉRANTS/PRÉSIDENTS DE SOCIÉTÉS :

Société	EARL	EURL	SARL et SCEA		SAS - SASU
Gérance rémunérée	Gérance majoritaire ou minoritaire		Gérance majoritaire	Gérance minoritaire ou égalitaire	Président minoritaire ou majoritaire
Régime social de la gérance	Régime des non-salariés agricoles	Régime des non-salariés agricoles	Régime des non-salariés agricoles	Régime des salariés	Régime des salariés

CUMUL DES FONCTIONS DE GERANT AVEC UN CONTRAT DE TRAVAIL :

Les gérants/présidents de centres équestres ne peuvent pas cumuler leurs fonctions de gérant avec un contrat de travail pour l'enseignement par exemple au sein de la société. Les dispositions du droit du travail et de la convention ne s'appliquent donc pas. *Plus de renseignements auprès du Service juridique du GHN.*

ETAT CIVIL DU GERANT

Madame Monsieur

Nom

Nom de jeune fille

Prénom

Date de naissance / / Département Lieu de naissance

Nationalité : Française Autre (préciser et joindre une copie de la carte de séjour)

Numéro de sécurité sociale / Le salarié n'a jamais été immatriculé

ADRESSE DU SIEGE SOCIAL DE LA SOCIETE

N° de voie

Nom de la voie

Complément d'adresse

Code postal Ville

PRISE DE FONCTION DE GERANT

Date de prise de fonction / /

Le gérant est-il associé de la société? Oui Non

REMUNERATION DU GERANT

Rémunération mensuelle de € BRUT

Fixée par : les statuts une décision d'assemblée générale, dans ce cas fournir le PV d'AG indiquant la rémunération fixée.

Rappel : le gérant, dans cette situation, est assimilé à un cadre au niveau des cotisations sociales. il doit donc être affilié à la CPCEA.

MODE DE PAIEMENT

Chèque Espèce Virement (fournir un RIB du gérant, uniquement pour paramétrer le logiciel de paye)

PIÈCES À JOINDRE OBLIGATOIREMENT

- Copie de la DPAE
- Copie du PV d'AG désignant le gérant et fixant sa rémunération si cela n'est pas prévu par les statuts