

**EMPLOYMENT AGREEMENT/ACCORD DE TRAVAIL
FOR MODELS**

Last name/Nom de famille : _____ **Maiden name/Nom de jeune fille :** _____ -

First name/Prénom : _____ **Nationality/Nationalité :** _____

Date of Birth/Date de naissance : _____ **Place of Birth/Lieu de naissance :** _____

French Social Security Number/ Numéro de Sécurité Sociale Française : _____

Address/Adresse : n° Street/Voie : _____

Postcode/Code postal : City/Ville : _____

Country/Pays : _____ **Telephone num./Numéro de tél. :** _____

Personal e-mail address (mandatory)/ Adresse e-mail(obligatoire): _____

Work permit/Permis de travail : _____

Do you accept the electronic pay slip (Digiposte)/Acceptez-vous la fiche de paie électronique (Digiposte) : Yes/oui : ☐ No/non : ☐

It is hereby agreed that the person identified above will work as an artists' model for The American University of Paris under the following conditions:

Ce document confirme l'accord des parties pour que l'intervenant ci-dessus identifié travaillera comme modèle pour The American University of Paris sous les conditions suivantes :

Date/Date : _____ **Time begins and ends/Heures de début et de fin:** _____

Duration/Durée du Travail : _____ **Course and Professor :** _____

Gross amount to be paid /Montant brut à verser : _____

Cost Centre to be charged/Centre de Coût pour Paiement : _____

The employee has been informed that the above-mentioned compensation, includes paid leave and will be subject to deductions for social charges and income tax as set by French law and rules. *Le (la) salarié(e) a été prévenu(e) que la rémunération ci-dessus fixée, inclut les congés payés et est assujettie aux charges sociales et au prélèvement à la source des impôts sur le revenu obligatoire selon la loi française et la réglementation.*

The employee requests that he be excluded from the supplementary health insurance policy on the grounds that this is a fixed-duration contract for a period of less than twelve months. *Le (la) salarié(e) demande une dispense d'affiliation du régime frais médicaux car il bénéficie d'un contrat à durée déterminée d'une période inférieure à douze mois*

Professor's Signature/ Signature du Professeur _____

Academic Affairs Signature/Signature Affaires Académiques : _____

Signature of Employee/Signature du (de la) Salarié(e) : _____

Date/date : _____ -

Method of payment/Mode de règlement

- ☐ **BANK TRANSFER SEPA for European Union/VIREMENT SEPA pour l'UE**
(bank information of the employee is needed/remettre un RIB au nom du salarié)
- ☐ **BANK TRANSFER for United States of America/Virement pour Etats Unis d'Amerique**
(ABA/ Routine number, Name and address of the bank, Bank owner name are needed/remettre numéro ABA/Routine, Nom et adresse de la banque, Nom du détenteur du compte)
- ☐ **OTHERS/AUTRES**
(Swift number, IBAN number and bank owner name are needed/remettre Swift, IBAN et Nom du détenteur du compte)