

CONTRAT DE MISE A DISPOSITION

Il est convenu que le Service de Remplacement, employeur, met l'agent de remplacement à disposition auprès de l'agriculteur utilisateur :

Agent de Remplacement

M. (Nom, Prénom)

Agriculteur utilisateur

M. (Nom, Prénom)
 GAEC, EARL... préciser :
 Adresse
 Tél. : ___/___/___/___ Présence d'un cahier d'exploitation ou panneau de consigne : OUI NON

pour effectuer tous travaux agricoles nécessaires au bon fonctionnement de l'exploitation (préciser en observations si nécessaire),
 à (lieu d'exécution)
 N° de tél. en cas d'urgence : ___/___/___/___/___ Nom d'un référent :
 Durée de la mise à disposition pour les tâches à effectuer :

..... Jours ou heures à exécuter du inclus au inclus

D'un commun accord entre les parties, il est convenu que le Service de Remplacement décline toute responsabilité concernant les travaux exécutés qui lui sont confiés sous la conduite de l'agriculteur utilisateur, lequel a seul pouvoir de direction du travail à effectuer.
 L'agriculteur utilisateur déclare connaître les règles relatives à la sécurité et celles du fonctionnement du Service de remplacement et les accepter. Il est responsable des conditions de travail et doit fournir les équipements individuels de sécurité et s'assurer de leur utilisation. L'agriculteur utilisateur :
 - s'engage à régler les heures ou jours de remplacement demandés et en aucun cas ne paiera directement le salarié,
 - s'engage à se procurer et à remplir le Document Unique d'Evaluation des Risques.

Motif du remplacement

- maladie
- accident
- décès
- maternité
- paternité
- complément de main d'œuvre
- mandat
- formation
- tutorat
- tour de rôle
- congés et week-end

Signature de l'agriculteur utilisateur (à signer en début de mission)

Signature du représentant du SR

Rappels du code du travail :

- Toutes exploitations confondues :
- le salarié ne doit pas travailler
 - plus de 48 h / semaine
 - plus de 10 h / jour
 - Le salarié doit avoir un jour de repos hebdomadaire

FEUILLE DE PRESENCE

MOIS DE : _____ Date de la prévisite : _____ Temps de la prévisite : _____ Nbre de kms pour la prévisite : _____

JOUR	Date	HEURES		Déplacements	Nombre de kms	JOUR	Date	HEURES		Déplacements	Nombre de kms	JOUR	Date	HEURES		Déplacements	Nombre de kms	JOUR	Date	HEURES		Déplacements	Nombre de kms
		Matin	Soir																				
Lu						Lu						Lu						Lu					
Ma						Ma						Ma						Ma					
Me						Me						Me						Me					
Je						Je						Je						Je					
Ve						Ve						Ve						Ve					
Sa						Sa						Sa						Sa					
Di						Di						Di						Di					

TOTAL HEURES : _____
 Préciser le nb total d'heures normales : _____
 Préciser le nb total d'heures Samedi soir (à partir de 16h), Dimanche et jours fériés : _____
 Préciser le nb total d'heures de nuit (22h – 6h): _____
 Nombre total de kms – Franchise kms : _____

ASTREINTES

(période pendant laquelle l'agent qui, sans être sur son lieu de travail, a l'obligation d'être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail au service de son employeur)

Périodes d'astreinte : de ___/___/___ à ___/___/___
 Périodes d'astreinte : de ___/___/___ à ___/___/___

 En cas de sinistre occasionné par l'agent, l'agriculteur utilisateur doit prioritairement faire appel à sa propre assurance. A défaut, le contrat de la fédération pourra intervenir avec une franchise à la charge de l'utilisateur.

Observations : _____

Protection des données personnelles : Les données à caractère personnel recueillies font l'objet de traitements ayant pour finalités la gestion de votre demande de mise à disposition de personnel. Vos informations personnelles sont conservées pendant une durée qui ne saurait excéder 5 années après votre dernière adhésion sauf si une durée de conservation plus longue est autorisée ou imposée en vertu d'une obligation légale ou réglementaire. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement européen n°2016/679/UE du 27/04/2016. Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité et d'effacement de vos données ou encore de limitation du Traitement. Vous pouvez, sous réserve de la production d'un justificatif d'identité valide, exercer vos droits en contactant notre délégué à la protection des données.

Exemple blanc : salarié (à retourner au SR)
 Exemple rose : adhérent (à conserver)
 Exemple vert : adhérent (à retourner au SR*)

Certifié sincère et véritable, fait à _____, le ___/___/___

Signature de l'agriculteur utilisateur* Signature de l'agent de remplacement

***en l'absence de retour de la feuille de présence signée après les 5 jours ouvrables suivant la fin de la mission ou au plus tard le 3 du mois suivant, la feuille de présence du salarié vaut validation**