

Gestion de l'entreprise

	ANNEXES	DOCUMENT A RENDRE	BAREME	POINTS
<u>TACHE 1</u> : Enregistrement d'une facture d'achat et de son règlement. Enregistrement des ventes de la journée	N° 1, 2 et 3 Pages 5 et 6	A Page 13	/10	
<u>TACHE 2</u> : Formalités concernant un accident du travail Embauche d'une remplaçante	N° 4, 5, 6 et 7 Pages 7, 8, 9, et 10	B Pages 13, 14, et 15	/20	
<u>TACHE 3</u> : Choix d'un fournisseur	N° 8, 9 et 10 Pages 10 et 11	C Page 16	/15	
<u>TACHE 4</u> : Bon de commande Financement d'un investissement	N°11 Page 12	D Page 17	/10	
<u>TACHE 5</u> : Publicité		E Page 18	/15	
<u>TACHE 6</u> : Plan de financement pour un projet d'installation	N° 12 et 13 Page 12	F Page 19	/10	
TOTAL			/80	
NOTE			/20	

Les documents A, B, C, D, E et F sont à remettre impérativement avec la copie.

Matériel autorisé :calculatrice électronique, réglementaire, autonome, non imprimante à entrée unique (selon circulaire n°99-186 du 16 novembre 1999)

Groupement inter-académique II		Session 2005	
Brevet Professionnel ESTHÉTIQUE/COSMÉTIQUE-PARFUMERIE			
Epreuve 5 : Gestion de l'entreprise			
Type : SUJET	Durée : 3 h 00	Coefficient : 4	Page : 1/19

Vous êtes employée dans l'entreprise dont voici les caractéristiques :

PRESENTATION DE L'ENTREPRISE

Institut : « JOLY-FORM »
Soins visage et corps

Adresse : 25 rue des Tilleuls
33000 Bordeaux

Tél. : 05 56 44 45 46

N° Siret : 438855629 00012
Code APE-NAF : 930 E

N° URSSAF : 330283359171

Nom de la gérante, salariée : - Mme Henriette RAVY, nationalité française,
Résidant 3 rue de l'espérance, 33000 Bordeaux
N° Sécurité Sociale : 2 60 03 33 052 053 63.

Autres salariées :

- Mme Lucie BIROT, nationalité française,
embauchée depuis le 01 02 1995
N ° Sécurité Sociale : 2 70 04 33 054 055 67.
- Mme Carole MARIET, nationalité française,
résidant 15 rue des Nénuphars, 33000 Bordeaux
embauchée depuis le 01 06 2000,
N° Sécurité Sociale : 2 80 06 33 023 024 77
- Vous-même

Horaires collectifs de travail : du mardi au samedi - de 10h30 à 13h et de 14h30 à 19h.

TACHE 1

Votre responsable vous demande de l'aider dans son travail de gestion en enregistrant les écritures comptables au 15 février 2005.

Pour cela vous disposez de la facture reçue (annexe 1), du relevé des ventes du jour (annexe 2), d'un extrait du plan comptable de l'entreprise (annexe 3) et d'un bordereau de saisie (**document A**).

TACHE 2

Le 14 février 2005, à 11h, Mme Carole MARIET fait une chute dans l'escalier conduisant à la réserve de l'Institut.

La responsable, Mme Henriette RAVY, est présente et témoin de l'accident.

Mme Carole MARIET est transportée à l'Hôpital Jean Pelletier. Le médecin lui remet un certificat constatant une double fracture tibia péroné avec hématome sur jambe gauche. Elle bénéficie d'un arrêt de travail de trois mois et demi, jusqu'au 31 mai 2005.

Mme Henriette RAVY, envisage le remplacement de Mme Carole MARIET et décide, pour cela, de faire paraître une annonce de recrutement dans le journal local.

L'annonce indiquera le nom du salon et permettra la recherche une esthéticienne titulaire du C.A.P. esthétique cosmétique, effectuant les soins visage et corps. Celle-ci devra avoir une expérience professionnelle d'au moins deux ans, sera embauchée en C.D.D. à temps complet à compter du 1^{er} mars 2005. La candidate devra prendre contact par téléphone avec l'Institut.

Suite à cette annonce, plusieurs candidates ont pris contact. Mme Henriette RAVY a sélectionné Mlle Nicole PERRY :

N° Sécurité Sociale: 2 83 03 33 325 324 44, célibataire, demeurant 4 rue des Eglantiers, 33000 BORDEAUX, titulaire d'un C.A.P. esthétique cosmétique et ayant une expérience en soins visage et corps de 3 ans.

Elle lui établit un C.D.D. pour la durée de l'absence de Mme Carole MARIET, avec un minimum de 3 mois, à compter du 1^{er} mars 2005.

A l'aide des annexes 4 à 7 et de vos connaissances, répondre aux questions du **document B**.

B.P. ESTHÉTIQUE/COSMÉTIQUE-PARFUMERIE		Session 2005
SUJET	Epreuve 5 : Gestion de l'entreprise	Page : 3/19

TACHE 3

Madame RAVY, afin d'améliorer l'offre de services, a décidé de remplacer les deux cabines de bronzage existantes, devenues vétustes, par quatre cabines modernes beaucoup plus performantes et sécurisées.

Un appel d'offres a été lancé auprès de différents fournisseurs. Trois d'entre eux ont été sélectionnés.

Elle vous demande d'établir une comparaison de ces offres à l'aide du tableau fourni (**document C**) en utilisant les annexes 8, 9 et 10.

Vous justifierez votre choix sachant que les critères retenus seront un prix intéressant et un délai de livraison court.

TACHE 4

Après consultation de votre tableau comparatif, elle suit votre choix et décide de commander les quatre cabines solariums d'un montant total de 30 000 € HT

Sur le **document D** :

1/ Compléter le bon de commande n° 132, en date du 17 février, relatif à cette acquisition.

2/ Répondre aux questions relatives au financement de l'investissement, en vous aidant de l'annexe 11.

TACHE 5

Afin d'informer sa clientèle de l'existence de ces nouvelles cabines, Madame RAVY souhaite réaliser une action publicitaire.

Elle vous charge de ce travail. Pour cela, complétez le **document E**.

TACHE 6

Madame RAVY envisage le rachat d'un fonds de commerce supplémentaire situé à PAU. Elle vous demande d'étudier le financement de l'opération.

Pour cela, vous disposez d'un modèle de plan de financement (**document F**) que vous devez compléter en vous aidant des renseignements donnés dans les annexes 12 et 13.

Tous les calculs seront arrondis à l'entier le plus proche.

Vous possédez 15 000€ d'économie et votre famille propose de vous aider à hauteur de 10 000€.

D'autre part, d'après les renseignements que vous avez obtenus, vous pourrez bénéficier d'une subvention de la région de 1500€.

B.P. ESTHÉTIQUE/COSMÉTIQUE-PARFUMERIE		Session 2005
SUJET	Epreuve 5 : Gestion de l'entreprise	Page : 4/19

ANNEXE 1

FACTURE

SA MICROPRO
3, rue Verlaine
33 000 BORDEAUX

INSTITUT JOLY-FORM
25, rue des tilleuls
33000 BORDEAUX

Facture : N° 72350	Date : 15 février 2005	Code client : 9302
--------------------	------------------------	--------------------

Référence	Désignation	Qté	P.U (€)	Montant (€)
NX5003	Ordinateur PENTIUM 4, 200Go	1	1490	1490
	+ imprimante multifonctions	1	380	380
	+ écran LCD	1	415	415

Conditions de règlement :
1500€ ce jour par chèque BNP n° 7 215 382
Le solde par traite à 30 jours

Port TTC	
Total HT	2285
TVA 19,6%	447,86
Net à payer	2732,86

ANNEXE 2

RELEVÉ DES VENTES DE MARCHANDISES du 15 février 2005 :

Encaissements TTC. Chèques : 110€
 Cartes : 240€
 Espèces : 85€
 TVA 19,6%.

RELEVÉ DES VENTES DE PRESTATIONS DE SERVICES du 15 février 2005 :

Encaissements TTC. Chèques : 530€
 Cartes : 420€
 Espèces : 115€
 TVA 19,6%.

ANNEXE 3

EXTRAIT DU PLAN COMPTABLE DE L'ENTREPRISE

2183	matériel de bureau et informatique
401	fournisseur
404	fournisseur d'immobilisations
411	client
44562	TVA déductible sur immobilisations
44566	TVA déductible sur autres biens et services
44571	TVA collectée
512	banque
530	caisse
601	achat de matières premières
607	achat de marchandises
706	vente de prestations de services
707	vente de marchandises

SÉCURITÉ SOCIALE



N° 60261701

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL
 (NOTICE D'UTILISATION)

(DÉCRET DU 17-12-85)

Madame, Monsieur,

Un salarié de votre entreprise vient d'être victime d'un accident du travail. À cette occasion, vous êtes soumis(e) à certaines obligations, notamment celle de déclarer cet accident à la sécurité sociale à l'aide du formulaire ci-joint.

Envoyez à la CAISSE PRIMAIRE DU LIEU DE RÉSIDENCE HABITUELLE de la victime les 3 premiers volets de ce formulaire, PAR LETTRE RECOMMANDÉE AVEC ACCUSÉ DE RÉCEPTION, AU PLUS TARD 48 HEURES après avoir eu connaissance de l'accident.

Remplissez très lisiblement le formulaire en vous aidant des précisions qui suivent :

ATTENTION

Dans le cas d'un accident avec ARRÊT DE TRAVAIL, remplissez immédiatement L'ATTESTATION DE SALAIRE réf. S 6202, (rubriques « EMPLOYEUR » et « VICTIME »).

EMPLOYEUR

Dans tous les cas, indiquez votre numéro de SIRET.

VICTIME**QUALIFICATION PROFESSIONNELLE**

Indiquez si la victime est cadre, technicien, agent de maîtrise, employé, ouvrier qualifié (précisez, si possible, la spécialité), ouvrier non qualifié, apprenti, divers (V.R.P., sportif, personnel de maison, etc.)

ACCIDENT**1 - LIEU DE L'ACCIDENT**

Précisez si l'accident s'est produit :

- sur le lieu de travail habituel (atelier, chantier, bureau),
 - sur un lieu de travail occasionnel,
 - lors d'un déplacement pour le compte de l'employeur,
 - au domicile du salarié,
 - sur le trajet aller ou retour entre le domicile ou le lieu de prise habituelle des repas, et le lieu de travail.
- Dans tous les cas, indiquez la localité et le lieu précis de l'accident.

2 - CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES DE L'ACCIDENT

Indiquez ce que faisait la victime au moment de l'accident (travail sur une machine, manutention, etc.) et comment celui-ci s'est produit (glissade, heurt, etc.).

3 - SIÈGE DES LÉSIONS

Indiquez l'endroit du corps où la victime a été atteinte (yeux, tête ou cou, mains, membres supérieurs, tronc, pieds, membres inférieurs, sièges internes) en précisant s'il y a lieu droite ou gauche.

4 - NATURE DES LÉSIONS

Précisez s'il s'agit de contusion, plaie, lumbago, entorse, fracture, brûlure, piqûre, présence d'un corps étranger, lésions multiples, autres (à préciser).

5 - ARRÊT DE TRAVAIL

Si la victime a arrêté son travail sur prescription d'un médecin, et si cet arrêt intervient après l'envoi de la présente déclaration, vous devez OBLIGATOIREMENT établir et envoyer le formulaire « ATTESTATION DE SALAIRE » Accident du travail ou maladie professionnelle - Réf. S. 6202, à la caisse primaire du lieu de résidence habituelle de la victime. Vous devez également remplir cette même formalité si votre salarié a un nouvel arrêt de travail dû à son accident.

N'hésitez pas à fournir toutes précisions complémentaires qui pourraient vous apparaître utiles. Nous vous en remercions.

Le Directeur de
la Caisse Primaire
d'Assurance Maladie

Aux termes des articles L. 471.1 et R 471.3 du code de la Sécurité Sociale, sont punis d'une amende les employeurs qui ont négligé de procéder à la déclaration des accidents à la Caisse Primaire dans les 48 heures ou de délivrer à la victime la feuille d'accident. En outre, la Caisse Primaire peut demander le remboursement de la totalité des dépenses faites à l'occasion de l'accident.

Réf. S. 62001

B.P. ESTHÉTIQUE/COSMÉTIQUE-PARFUMERIE		Session 2005
SUJET	Epreuve 5 : Gestion de l'entreprise	Page : 7/19

LE C.D.D.

→ Le recours à ce type de contrat est possible dans les trois cas suivants, avec une durée maximale de dix-huit mois :

- un accroissement temporaire de l'activité habituelle de l'entreprise,
- l'absence d'un salarié de l'entreprise ou en congés,
- un surcroît de travail saisonnier, dans les régions touristiques.

.../...

→ La période d'essai est limitée à :

- un jour ouvré par semaine (sans que la durée puisse dépasser deux semaines) pour les contrats inférieurs ou égaux à six mois ;
- un mois maximum pour les contrats supérieurs à six mois.

→ Le salarié lié par un C.D.D. a droit à une indemnité compensatrice de congés payés à la fin du contrat, au titre du travail effectif accompli durant ce contrat.

→ Une indemnité de fin de contrat est due aux titulaires de C.D.D. Elle est égale à 10 % de la rémunération brute due au salarié pendant la durée de son contrat.

Brochure JO 3123 – CONVENTION COLLECTIVE Parfumerie Esthétique

Annexe I : Nouvelle échelle hiérarchique.

Dernière modification : Avenant n° 7 1992-09-18 en vigueur le 1er janvier 1993 étendu par arrêté du 28 décembre 1992 JORF 6 janvier 1993). - Employés(ées) et professionnels(les) de l'esthétique.

NIVEAU 6 A coefficient 135 :

Manucure débutante, exécute les tâches simples de manucurie et de la beauté des pieds sous le contrôle d'un responsable.

NIVEAU 6 B coefficient 140 :

Manucure justifiant de plus d'un an d'expérience professionnelle.
Esthéticienne, non titulaire du C.A.P. mais justifiant d'une formation dispensée par un établissement d'enseignement technique privé, d'un C.F.A. ou un lycée professionnel.

NIVEAU 5 A coefficient 150 :

Manucure, soit titulaire du C.A.P. d'esthétique-cosmétique, capable d'exécuter les tâches de manucurie prévues au diplôme, soit justifiant d'une expérience professionnelle lui permettant de réaliser lesdites tâches.
Esthéticienne titulaire du C.A.P. ayant moins d'un an d'expérience professionnelle, capable d'exécuter les tâches du programme du C.A.P. sous le contrôle d'un responsable.

NIVEAU 5 B coefficient 155 :

Esthéticienne titulaire du C.A.P. et justifiant de plus d'un an de pratique professionnelle.

NIVEAU 5 C coefficient 160 :

Esthéticienne conseillère de vente ; elle effectue toutes les tâches prévues au C.A.P. d'esthétique-cosmétique, a la connaissance complète des articles, conseille la clientèle, l'oriente dans son choix et participe aux actions de promotion.

Esthéticienne possédant U.C. 1 et 2 du B.P. ou U.V. 2 et 3 du B.M..

Esthéticienne qualifiée effectuant tous les soins esthétiques du visage et du corps en sus des tâches dévolues au titulaire du C.A.P. d'esthétique-cosmétique.

NIVEAU 4 A coefficient 175 :

Esthéticienne qualifiée, soit titulaire du B.P. ou du B.M., capable d'exécuter les tâches définies au diplôme, soit justifiant d'une expérience professionnelle lui permettant d'exécuter lesdites tâches.

NIVEAU 4 B coefficient 180 :

Esthéticienne hautement qualifiée, assure en plus des tâches du niveau 4 A la gestion d'une équipe.

NIVEAU 3 A coefficient 190 :

Esthéticienne, titulaire du B.T.S., capable de remplir les fonctions prévues au diplôme ou justifiant d'une expérience professionnelle lui permettant de remplir lesdites fonctions.
Pédicure diplômé(e) d'Etat, débutant(e).

NIVEAU 3 B coefficient 195 :

Masseur-kinésithérapeute diplômé(e) d'Etat, débutant(e).
Esthéticienne titulaire du B.T.S. et justifiant de plus d'un an d'expérience professionnelle.

Nota A. : Les salariés de niveau 3 justifiant de plus de cinq années de pratique professionnelle auront leur rémunération majorée de cinq points d'indice.

Nota B. : Les salariés dont le nom figure sur un contrat d'apprentissage en qualité de maître se verront verser, pendant la durée du contrat, une prime mensuelle égale à vingt points d'indice sans que cette prime ait pour effet de porter leur rémunération au-delà de celle prévue au coefficient 195.

Nota C. : Lorsque ces emplois exigeront la connaissance d'une ou plusieurs langues étrangères, il sera accordé dix points d'indice par langue utilisée.

B.P. ESTHÉTIQUE/COSMÉTIQUE-PARFUMERIE		Session 2005
SUJET	Epreuve 5 : Gestion de l'entreprise	Page : 9/19

ANNEXE 7

Avenant n° 6 du 27 avril 2004
Avenant relatif aux salaires minima mensuels à compter du 1er avril 2004
Etendu par arrêté du 4 août 2004 JORF 19 août 2004.

Article 1er

Les salaires minima applicables dans la branche sont portés, à compter du 1er avril 2004, aux niveaux suivants :

COEFFICIENT :	SALAIRE MINIMUM :
:	(en euros) :

: 100	: 1 137
: 130	: 1 145
: 135	: 1 150
: 140	: 1 170
: 150	: 1 200
: 155	: 1 215
: 160	: 1 235
: 175	: 1 275
: 180	: 1 300
: 185	: 1 325
: 190	: 1 353
: 195	: 1 381
: 200	: 1 410
: 210	: 1 440
: 230	: 1 480
: 240	: 1 550
: 250	: 1 650
: 270	: 1 900
: 275	: 2 100
: 300	: 2 500

ANNEXE 8

Réponse du fournisseur Mobilinsti par courrier :

MOBILINSTI
Fournisseur de matériel
pour instituts de beauté
avenue du Roi
75000 PARIS
tel :01.83.60.15.22
SARL au capital de 10000€

INSTITUT JOLY-FORM
25 rue des tilleuls
33000 BORDEAUX 30

Nos références : 215/JD
Objet : votre appel d'offre n°58

Paris le 5 février 2005

Madame,

Nous accusons réception de votre appel d'offres par courrier du 30 janvier et vous en remercions vivement.

Après étude de vos besoins, nous sommes en mesure de vous proposer la cabine de bronzage ref QY 321 que vous avez sélectionnée à un prix unitaire de 7250 euros hors taxe.

Nos conditions générales de vente sont les suivantes :

Livraison : sous un mois, frais de transport forfaitaire de 900 euros pour l'ensemble de la commande, frais d'installation 475 euros par cabine

Règlement : 25% à la livraison le solde en 3 traites 1mois, 2 mois et 3 mois après la livraison.

Réduction : escompte de 3%

Le responsable des ventes
Jean DUPONT

Réponse du fournisseur Instimat par courrier :

INSTIMAT
Fournisseur de matériel
pour instituts de beauté
3 rue Colbert
68000 MULHOUSE
tel :03.62.10.35.72
SARL au capital de 50 000€

INSTITUT JOLY-FORM
25 rue des tilleuls
33000 BORDEAUX

Nos références : BX/PR
Objet : votre appel d'offre n°58

Mulhouse le 4 février 2005

Madame,

Nous avons bien reçu votre appel d'offres par courrier du 30 janvier et nous vous en remercions.
Le modèle de cabine de bronzage ref CB197 que vous avez choisi est à un prix unitaire hors taxe de 7500 euros.

Nos conditions générales de vente sont les suivantes :

Livraison : sous 10 jours, frais de transport forfaitaire de 1000 euros pour l'ensemble de la commande, frais d'installation 500 euros par cabine

Règlement : sous 30 jours

Réduction : 10% de remise pour une commande de 2 cabines minimum

Le service commercial
Paul REVANS

Réponse du fournisseur Difusmat par mail:

De : "DIFUSMAT"<difusmat@laposte.net>
A : "JOLY-FORM"<jolyform@wanadoo.fr>
Envoyé : lundi 7 février 2005 09:43
Objet : appel d'offre n°58

En réponse à votre appel d'offre n° 58 nous pouvons vous faire l'offre suivante :

Prix unitaire du modèle de cabine souhaité ref M102 : 7600 € HT

Réductions : 5% à partir d'une commande de 2 articles identiques et 2% d'escompte.

Livrable sous 30 jours.

Frais de port : 950€ pour l'ensemble de la commande.

Frais d'installation : 425€ par cabine ;

Payable sous 30 jours date de livraison

Le service commercial

ANNEXE 11**AUTOFINANCEMENT**

C'est le moyen de financement dégagé par l'entreprise du fait de son activité.
 Selon le P.C.G., l'autofinancement se calcule à partir de la CAF (capacité d'autofinancement).

$$\text{Autofinancement} = \text{CAF} - \text{dividendes distribués}$$

C.A.F. (CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT)

Trésorerie potentielle dégagée par l'activité de l'entreprise pendant un exercice.

$$\text{C.A.F.} = \text{Résultat de l'exercice} + \text{dotation aux amortissements}$$

ANNEXE 12**Chiffre d'affaires de l'institut de PAU**

Année	2002	2003	2004
Chiffre d'affaires HT (en €)	125315	147812	160411

Le prix de vente proposé représente 75% du chiffre d'affaires HT moyen des trois dernières années.
 Les frais d'acte et d'enregistrement représentent 10% du prix de vente HT

ANNEXE 13**Prévision des besoins**

	Montant HT (en €)
Frais de constitution de l'entreprise	1 700
Travaux de rénovation	13 800
Remplacement de matériel et de mobilier	10 000
Préfinancement de la TVA	4 000
Réserve de trésorerie	5 000

3-Compléter le document de déclaration d'accident du travail (à l'aide de la notice jointe en annexe4) :



DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL
(Articles L.441.1 et L.441.4 et Articles R.441.2, R.441.3 et R.441.5) - (Décret du 17-12-86)

N° 60-3882
0000000

ATTENTION : L'accident e-t-il entraîné un arrêt de travail ? OUI NON
 -- si oui, remplissez IMMEDIATEMENT l'attestation de salaire S6202 par duplication avec le présent formulaire.
 -- si non, remplissez uniquement cette déclaration.

SÉCURITÉ SOCIALE

EMPLOYEUR

Nom, Prénom ou raison sociale : _____
 Adresse : _____
 N° de téléphone : _____

ÉTABLISSEMENT D'ATTACHE PERMANENT DE LA VICTIME
(le chef-lieu de l'établissement permanent de l'assuré, établissement d'attache permanent)

Adresse : _____
 N° de téléphone : _____
 N° SIRET de l'établissement : _____

Numéro de risque Sécurité Sociale figurant sur la notification du taux applicable à l'activité dans laquelle est comptabilisé le salaire de la victime : _____

VICTIME

N° d'immatriculation : _____
 A défaut : sexe M F Date de naissance : _____
 NOM, Prénom : _____
 (indiquer à l'attention de l'employeur)
 ADRESSE : _____
 Nationalité : Française C.E.E. Autre
 Date d'embauche : _____ Profession : _____ Ancienneté dans le poste : _____
 Qualification professionnelle : _____
 L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? OUI NON

ACCIDENT

Date : _____ Heure : _____
 Nombre de travail de la victime le jour de l'accident : de _____ à _____ et de _____ à _____
 Lieu de l'accident (1) : _____
 Circonstances établies de l'accident (1) : _____
Indiquer, le cas échéant, l'appareil, la machine ou le moyen de locomotion en jeu.
 Siège des lésions (1) : _____
 Nature des lésions (1) : _____
 Victime transportée à : _____

Accident constaté le _____ Heure _____ par l'employeur par ses propres déclaré par la victime
 connu inscrit au registre d'infirmiers le _____ sous le N° _____
 Conséquences : SANS ARRÊT DE TRAVAIL AVEC ARRÊT DE TRAVAIL (1) DÉCÈS

TÉMOINS

Nom, prénom et adresse : _____
 Un rapport de police a-t-il été établi ? OUI NON par qui ? _____

TIERS

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON
 Si OUI, nom et adresse du tiers : _____
 Sié d'assurance du tiers : _____

Nom, prénom du signataire _____
 Qualité _____
 Fait à _____ le _____
 Signature _____

(1) Se reporter à la notice d'utilisation

CTN _____
 Groupes d'activités _____
 RÉSERVÉ CPAM _____
 CPAM _____

Document B - suite

4- Rédiger le texte de l'annonce de recrutement de la remplaçante de Mme Carole MARIET (à faire paraître dans le journal quotidien local) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5- Indiquer la signification du sigle C.D.D. :

.....

6- Mme Henriette RAVY prépare les éléments qui lui serviront à établir le C.D.D. de Nicole PERRY ; indiquer, à l'aide des annexes 5, 6 et 7 :

a- le n° de coefficient et le montant du salaire brut mensuel minimum d'embauche de Nicole PERRY, compte-tenu de son diplôme et de la nature de son expérience professionnelle.

Coefficient n° :

Salaire brut mensuel correspondant :

b- la durée maximale de sa période d'essai :

7- Suite à une prolongation d'un mois de l'arrêt de travail de Carole MARIET, Henriette RAVY envisage de prolonger le C.D.D. de Nicole PERRY (disponible) jusqu'au 30 juin. Indiquer si cette solution est possible légalement. Justifier votre réponse (voir Annexe 5).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DOCUMENT C

Tableau de comparaison des offres

Nom du fournisseur	Fournisseur 1	Fournisseur 2	Fournisseur 3
Prix unitaire HT			
Montant brut HT			
% de remise			
Montant remise			
Net commercial			
% de l'escompte			
Montant de l'escompte			
Net financier			
Frais de transport			
Frais d'installation			
Total HT			
TVA (19,6%)			
Net à payer			
Délai de livraison			
Délai de paiement			
Choix			

Justification du choix :

.....

.....

.....

.....

DOCUMENT D

1- Bon de commande

BON DE COMMANDE				
Institut JOLY – FORM 25 rue des Tilleuls 33 000 BORDEAUX			<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 80px;"></div>	
Bon de commande n°		Date :		Appel offre n° :
Référence	Désignation	Qté	P.U (€)	Montant (€)
Conditions de vente : Taux de remise Taux d'escompte Montant des frais transport Montant des frais installation Délai de règlement Délai de livraison			Total HT	
Signature				

2/ Financement de l'investissement

Au cours de l'année 2004, l'institut a réalisé un bénéfice de 10 000 €. Les dotations aux amortissements pour l'année s'élèvent à 20 000 €. Les associés ont décidé de distribuer la moitié du bénéfice de l'année.

A l'aide de l'annexe 11 :

- Calculer le montant de la capacité d'autofinancement :

.....

- Calculer le montant du bénéfice distribué :

.....

- Calculer le montant de l'autofinancement :

.....

- En déduire le montant de l'emprunt bancaire :

.....

DOCUMENT E

Quel est l'objectif de cette action publicitaire ?

.....
.....

Quelle est la cible visée ?

.....

Citer trois moyens publicitaires envisageables

.....
.....
.....

Votre responsable vous demande de rédiger un mailing, mode de communication à la clientèle qu'elle a choisi :

PLAN DE FINANCEMENT

BESOINS		RESSOURCES	
	Montant		Montant
Fonds de commerce	Apport personnel
Frais d'acte et d'enregistrement	Aide de la région
Frais de constitution de l'entreprise	Emprunt bancaire
Travaux		
Matériel et mobilier		
Préfinancement TVA		
Trésorerie initiale		
Total	Total

Justification des calculs :

Calcul du prix d'achat du fonds de commerce :

.....

.....

.....

Calcul des frais d'acte et d'enregistrement :

.....

.....

.....

Calcul de l'emprunt bancaire nécessaire :

.....

.....

.....