

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom**ou dénomination :** _____

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° Voie

Complément :

Code postal : _____ Commune :

Téléphone : _____ / Télécopie : _____

Courriel : _____@_____

Caisse de retraite complémentaire :

Organisme de prévoyance (le cas échéant) :

Particulier-employeur : ☐ oui ☐ non

N°URSSAF du particulier-employeur : _____

N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :

Code NAF : _____

Effectif salarié de l'entreprise : _____

Convention collective appliquée : _____

Code IDCC de la convention collective appliquée : _____

LE SALARIÉ

Nom et prénom : _____

Adresse : N° Voie

Complément :

Code postal : _____ Commune :

Téléphone : _____

Courriel : _____@_____

Date de naissance : _____

Sexe : ☐ M ☐ FDéclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : ☐ oui ☐ nonInscrit à Pôle Emploi : ☐ oui ☐ non

Si oui, numéro d'inscription : _____ durée : _____ mois

Situation avant ce contrat : _____

Type de minimum social, si bénéficiaire : _____

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : _____

LE TUTEUR

Tuteur au sein de l'établissement employeur

Nom et prénom : _____

Emploi occupé :

Date de naissance : _____

Tuteur de l'entreprise utilisatrice, si travail temporaire ou GEC

Nom et prénom : _____

Emploi occupé :

Date de naissance : _____

LE CONTRAT

Nature du contrat : ☐ CDI ☐ CDD ☐ travail temporaire**Emploi occupé pendant le contrat (intitulé précis) :** _____

Classification de l'emploi dans la convention collective :

Date de début du contrat ou date d'effet de l'avenant :

Durée de la période d'essai : _____ jours

Durée hebdomadaire du travail : _____ heures _____ minutes

Salaires brut à l'embauche : _____, _____ € / mois (€ / heure pour un contrat de travail temporaire)

Type de contrat : _____

Niveau : _____

Coefficient hiérarchique : _____

Date de fin du CDD ou de l'action de professionnalisation si CDI :

LA FORMATION

Organisme de formation principal : _____Il s'agit d'un service de formation interne : ☐ oui ☐ non☐ **L'employeur atteste que le service de formation interne dispose des moyens nécessaires à la réalisation de la formation du salarié**

N°SIRET de l'organisme de formation principal :

N° de déclaration d'activité de cet organisme : _____

Nombre d'organismes de formation intervenant : _____

Type qualification visée : _____

Intitulé précis : _____

Diplôme ou titre visé : _____

Spécialité de formation : _____

Durée totale des actions d'évaluation, d'accompagnement et des enseignements : _____ heures

Dont durée des enseignements généraux, professionnels et technologiques : _____ heures

Date de début du cycle de formation : _____

Date prévue de fin des épreuves ou des examens : _____

En application de l'article L.6325-3 du code du travail, l'employeur s'engage à assurer au titulaire du contrat une formation lui permettant d'acquérir une qualification professionnelle et à lui fournir un emploi en relation avec cet objectif pendant la durée du CDD ou de l'action de professionnalisation du CDI. Le titulaire du contrat s'engage à travailler pour le compte de son employeur et à suivre la formation prévue au contrat.

Fait le : _____ à

Signature de l'Employeur**Signature du Salarié**

OPCA AUQUEL EST ADRESSÉ LE DOSSIER COMPLET

Nom de l'OPCA :

N° d'adhérent de l'employeur à l'OPCA s'il existe :

Pour remplir le contrat reportez-vous à la notice en suivant l'ordre des rubriques du contrat ou effectuez votre démarche en ligne sur le site du service public de l'alternance : www.alternance.emploi.gouv.fr