

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination :

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

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 activité de l'entreprise (NAF) :

Effectif total salariés de l'entreprise :

Convention collective applicable :

Code IDCC de la convention :

LE SALARIÉ

Nom du salarié :

Prénom du salarié :

Adresse du salarié :

N° Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

@

NIR du salarié* :

*Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre de l'article L.6353-10 du code du travail

Date de naissance :

Sexe : ☐ M ☐ F

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : ☐ oui ☐ non

Inscrit 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 :

Prénom :

Emploi occupé :

Date de naissance :

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

Nom :

Prénom :

Emploi occupé :

Date de naissance :

L'employeur atteste sur l'honneur que le tuteur répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.

LE CONTRAT

Nature du contrat : <input type="checkbox"/> CDI <input type="checkbox"/> CDD <input type="checkbox"/> travail temporaire		Type de contrat : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Emploi occupé pendant le contrat (intitulé précis) : <input type="text"/>		
Classification de l'emploi dans la convention collective : <input type="text"/>		
Niveau : <input type="text"/>		Coefficient hiérarchique : <input type="text"/>
Durée de la période d'essai : <input type="text"/> jours	Date de début d'exécution du contrat : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Si avenant, date d'effet : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Date de fin du CDD ou de l'action de professionnalisation si CDI : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Durée hebdomadaire du travail : <input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes	Date de conclusion : (date de signature du contrat) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Salaire brut mensuel à l'embauche : <input type="text"/> , <input type="text"/> € (ou salaire brut horaire pour un contrat de travail temporaire)		

LA FORMATION

Dénomination de l'organisme de formation principal : <input type="text"/>	N° SIRET de l'organisme de formation principal : <input type="text"/>	
S'agit-il d'un service de formation interne : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	N° de déclaration d'activité de cet organisme : <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> L'employeur atteste que le service de formation interne dispose des moyens nécessaires à la réalisation de la formation du salarié.	Nombre d'organismes de formation intervenant : <input type="text"/>	
Type qualification visée : <input type="text"/>	Diplôme ou titre visé : <input type="text"/>	Code RNCP : <input type="text"/>
Intitulé précis : <input type="text"/>		
Spécialité de formation : <input type="text"/>		
Organisation de la formation :		
Durée totale des actions d'évaluation, d'accompagnement et des enseignements : <input type="text"/> heures dont durée des enseignements généraux, professionnels et technologiques : <input type="text"/> heures		
Date de début du cycle de formation : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		Date prévue de fin des épreuves ou examens : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
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 contrat. Le titulaire du contrat s'engage à travailler pour le compte de son employeur et à suivre la formation prévue au contrat.		
Fait à : <input type="text"/>		
Signature de l'employeur		Signature du salarié



CADRE RÉSERVÉ À L'OPCO

Nom de l'OPCO : <input type="text"/>	N° Adhérent de l'employeur à l'OPCO s'il existe : <input type="text"/>
---	---

Pour remplir le contrat et pour plus d'informations sur le traitement des données reportez-vous à la notice.