

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 : | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 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 : _____
 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 : | | | | | | | | | | | | | | | | |

Diplôme ou titre visé : | | | | |
 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 : | | | | | | | | | | | | | | | | |
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 : _____