



L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination :

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : [REDACTED] Voie : [REDACTED]

Complément : [REDACTED]

Code postal : [REDACTED]

Commune : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Courriel : [REDACTED] @ [REDACTED]

Caisse de retraite complémentaire :

Organisme de prévoyance le cas échéant :

Particulier-employeur : oui non

N° URSSAF du particulier-employeur : [REDACTED]

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

Code activité de l'entreprise (NAF) : [REDACTED]

Effectif total salariés de l'entreprise : [REDACTED]

Code IDCC de la convention collective applicable : [REDACTED]

Numéro du projet* : [REDACTED]

*à renseigner dans le cadre d'un contrat de professionnalisation associant des actions de validation des acquis de l'expérience mentionné à l'article 11 de la loi n° 2022-1598 du 21 décembre 2022

LE SALARIÉ

Nom de naissance du salarié : [REDACTED]

Nom d'usage : [REDACTED]

Le premier prénom du salarié selon l'état civil : [REDACTED]

Adresse du salarié :

N° : [REDACTED] Voie : [REDACTED]

Complément : [REDACTED]

Code postal : [REDACTED]

Commune : [REDACTED]

Téléphone : [REDACTED]

Courriel : [REDACTED] @ [REDACTED]

NIR du salarié : [REDACTED]

Date de naissance : [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Sexe : M F

Département de naissance : [REDACTED]

Commune de naissance : [REDACTED]

Déclare bénéficiar de la reconnaissance de travailleur handicapé : oui non

Si non, bénéficiez-vous de droits attachés à la RQTH**:

Équivalence jeunes : oui non

Extension BOE : oui non

Inscrit à France Travail : oui non

Si oui, numéro d'inscription : [REDACTED]

Durée : [REDACTED] mois

Situation avant ce contrat : [REDACTED]

Type de minimum social, si bénéficiaire : [REDACTED]

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : [REDACTED]

** Reportez-vous à la page 3 de la notice pour en savoir plus sur les droits attachés à la RQTH

LE TUTEUR

Tuteur au sein de l'établissement employeur

Nom : [REDACTED]

Prénom : [REDACTED]

Emploi occupé : [REDACTED]

Date de naissance : [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Tuteur de l'entreprise utilisatrice, si travail temporaire ou Groupement d'employeur

Nom : [REDACTED]

Prénom : [REDACTED]

Emploi occupé : [REDACTED]

Date de naissance : [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Code activité de l'entreprise utilisatrice (NAF)* : [REDACTED]

*à renseigner dans le cadre d'un contrat de professionnalisation associant des actions de validation des acquis de l'expérience mentionné à l'article 11 de la loi n° 2022-1598 du 21 décembre 2022.

LE CONTRAT

Nature du contrat :

CDI CDD travail temporaire

Si le présent contrat de professionnalisation vaut avenant au contrat de travail initial cochez la case ci-contre*

* uniquement dans le cadre d'un contrat de professionnalisation associant des actions de validation des acquis de l'expérience mentionné à l'article 11 de la loi n° 2022-1598 du 21 décembre 2022

Type de contrat : [REDACTED]

Classification de l'emploi dans la convention collective : [REDACTED]

Niveau : [REDACTED]

Coefficient hiérarchique : [REDACTED]

Durée de la période d'essai :

[REDACTED] jours

Date de début d'exécution du contrat : [REDACTED]

Si avenant, date d'effet : [REDACTED]

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

Durée hebdomadaire du travail : [REDACTED]

Date de conclusion :
(date de signatures du contrat)

Salaire brut mensuel à l'embauche : [REDACTED], [REDACTED] €

(ou salaire brut horaire pour un contrat de travail temporaire)

LA FORMATION

Dénomination de l'organisme de formation principal : [REDACTED]

N° SIRET de l'organisme de formation principal : [REDACTED]

S'agit-il d'un service de formation interne :

oui non

N° de déclaration d'activité de cet organisme : [REDACTED]

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 : [REDACTED]

Type qualification visée : [REDACTED]

Diplôme ou titre visé : [REDACTED]

Code RNCP : [REDACTED]

Intitulé précis : [REDACTED]

Spécialité de formation : [REDACTED]

Organisation de la formation :

Durée totale des actions d'évaluation, d'accompagnement et des enseignements : [REDACTED] heures dont durée des enseignements généraux, professionnels et technologiques : [REDACTED] heures

Date de début du cycle de formation : [REDACTED]

Date prévue de fin des épreuves ou examens : [REDACTED]

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 à : [REDACTED]

Signature de l'employeur

Signature du salarié

CADRE RÉSERVÉ À L'OPCO

Nom de l'OPCO :

N° Adhérent de l'employeur à l'OPCO s'il existe : [REDACTED]

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