

## 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

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 : Voie

Complément :

Code postal : Commune :

Téléphone : | | | | | | | | | |

Courriel : @

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

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 : | | | | | | | | | |

N°SIRET de l'organisme de formation principal :

| | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Nombre d'organismes de formation intervenant : | | |

Diplôme ou titre visé : | | | |

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 :