



Contrat de professionnalisation

(art. L. 6325-1 à L. 6325-24 du code du travail)



N°12434*03

(Lire ATTENTIVEMENT la notice du Cerfa avant de remplir ce document)

L'EMPLOYEUR

<p>Nom et prénom ou dénomination : <input type="text"/></p> <p>Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : N° : <input type="text"/> Voie : <input type="text"/></p> <p>Complément : <input type="text"/></p> <p>Code postal : <input type="text"/></p> <p>Commune : <input type="text"/></p> <p>Téléphone : <input type="text"/></p> <p>Courriel : <input type="text"/> @ <input type="text"/></p> <p>Caisse de retraite complémentaire : <input type="text"/></p> <p>Organisme de prévoyance le cas échéant : <input type="text"/></p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Particulier-employeur : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>N° URSSAF du particulier-employeur : <input type="text"/></p> </div> <p>N° SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : <input type="text"/></p> <p>Code activité de l'entreprise (NAF) : <input type="text"/></p> <p>Effectif total salariés de l'entreprise : <input type="text"/></p> <p>Convention collective applicable : <input type="text"/></p> <p>Code IDCC de la convention : <input type="text"/></p>
---	---

LE SALARIÉ

<p>Nom du salarié : <input type="text"/></p> <p>Prénom du salarié : <input type="text"/></p> <p>Adresse du salarié : N° <input type="text"/> Voie : <input type="text"/></p> <p>Complément : <input type="text"/></p> <p>Code postal : <input type="text"/></p> <p>Commune : <input type="text"/></p> <p>Téléphone : <input type="text"/></p> <p>Courriel : <input type="text"/> @ <input type="text"/></p> <p>NIR du salarié* : <i>*Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre de l'article L.6353-10 du code du travail</i></p> <p>Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</p>	<p>Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Inscrit à Pôle Emploi : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, numéro d'inscription : <input type="text"/></p> <p>Durée : <input type="text"/> mois</p> <p>Situation avant ce contrat : <input type="text"/></p> <p>Type de minimum social, si bénéficiaire : <input type="text"/></p> <p>Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : <input type="text"/></p>
---	--

LE TUTEUR

<p>Tuteur au sein de l'établissement employeur</p> <p>Nom : <input type="text"/></p> <p>Prénom : <input type="text"/></p> <p>Emploi occupé : <input type="text"/></p> <p>Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>	<p>Tuteur de l'entreprise utilisatrice, si travail temporaire ou GEIQ</p> <p>Nom : <input type="text"/></p> <p>Prénom : <input type="text"/></p> <p>Emploi occupé : <input type="text"/></p> <p>Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>
--	---

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 : CDI CDD travail temporaire

Type de contrat :

Emploi occupé pendant le contrat (intitulé précis) :

Classification de l'emploi dans la convention collective :

Niveau : Coefficient hiérarchique :

Durée de la période d'essai : jours

Date de début d'exécution du contrat :

Si avenant, date d'effet :

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

Durée hebdomadaire du travail : heures minutes

Date de conclusion : (date de signature du contrat)

Salaire brut mensuel à l'embauche : , €
(ou salaire brut horaire pour un contrat de travail temporaire)

LA FORMATION

Dénomination de l'organisme de formation principal :

N° SIRET de l'organisme de formation principal :

N° de déclaration d'activité de cet organisme :

Nombre d'organismes de formation intervenant :

S'agit-il 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 : Diplôme ou titre visé : Code RNCP :

Intitulé précis :

Spécialité de formation :

Organisation de la 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 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 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 :

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 :

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