

## 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 : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Sexe :  M  F  
Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé :  oui  non  
Inscrit à Pôle Emploi :  oui  non  
Si oui, numéro d'inscription : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
durée : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Si oui, 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 : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Date prévue de fin des épreuves ou des examens : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

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 : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Fait le : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
**Signature de l'Employeur**

**Signature du Salarié**  
N° d'adhérent de l'employeur à l'OPCA s'il existe : \_\_\_\_\_

## OPCA AUQUEL EST ADRESSÉ LE DOSSIER COMPLET

Nom de l'OPCA : \_\_\_\_\_