

Mode contractuel de l'apprentissage

L'EMPLOYEUR

☐ employeur privé

☐ employeur « public »*

Nom et prénom ou dénomination :

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

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

Type d'employeur :

N° : Voie :

Employeur spécifique :

Complément :

Code activité de l'entreprise (APE) :

Code postal :

Effectif total salariés de l'entreprise :

Commune :

Téléphone :

Code IDCC de la convention collective applicable :

Courriel :

*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage : ☐

L'APPRENTI(E)

Nom de naissance de l'apprenti(e) :

Nom d'usage :

Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil :

NIR de l'apprenti(e) :

Date de naissance : / /

Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse de l'apprenti(e) :

Département de naissance :

N° : Voie :

Commune de naissance :

Complément :

Nationalité : Régime social :

Code postal :

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau :

Commune :

☐ Oui ☐ Non

Téléphone :

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur

Courriel :

handicapé : ☐ Oui ☐ Non

Représentant légal (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)

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

Nom de naissance et prénom :

Équivalence jeunes : ☐ Oui ☐ Non

Adresse du représentant légal :

Extension BOE : ☐ Oui ☐ Non

N° : Voie :

Situation avant ce contrat :

Complément :

Dernier diplôme ou titre préparé :

Code postal :

Dernière classe / année suivie :

Commune :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Courriel :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Déclare avoir un projet de création ou de reprise

d'entreprise : ☐ Oui ☐ Non

** Reportez-vous à la page 4 de la notice pour en savoir plus sur les droits attachés à la RQTH

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Nom de naissance :

Prénom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Date de naissance : / /

Courriel :

Courriel :

Emploi occupé :

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

☐ L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.

LE CONTRAT

Type de contrat ou d'avenant : Type de dérogation : à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat
Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant :
Date de conclusion : (Date de signatures du présent contrat) Date de début d'exécution du contrat : Date de début de formation pratique chez l'employeur :
Si avenant, date d'effet : Durée hebdomadaire du travail : heures minutes
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage :
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : ☐ Oui ☐ Non

Rémunération

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1^{ère} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
2^{ème} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
3^{ème} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
4^{ème} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *

Salaire brut mensuel à l'embauche :

, €

Caisse de retraite complémentaire :

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : , € / repas Logement : , € / mois Autre :

LA FORMATION

CFA d'entreprise : ☐ Oui ☐ Non

Dénomination du CFA responsable :

N° UAI du CFA :

N° SIRET CFA :

Adresse du CFA responsable :

N° : Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

☐ Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :

Diplôme ou titre visé par l'apprenti :

Intitulé précis :

Code du diplôme :

Code RNCP :

Organisation de la formation en CFA :

Date de début de formation en CFA :

/ /

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

/ /

Durée de la formation : heures

Dont heures de formation à distance

Lieu principal de réalisation de la formation si différent du CFA responsable :

Dénomination du lieu de formation principal :

N° UAI :

N° SIRET :

Adresse du lieu de formation principal :

N° : Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

☐ L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat

Fait à :

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(e)

Signature du représentant légal de l'apprenti(e) mineur(e)

CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME EN CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT

Nom de l'organisme :

Date de réception du dossier complet : / /

N° de dépôt :

N° SIRET de l'organisme :

Date de la décision : / /

Numéro d'avenant :

Mode contractuel de l'apprentissage

L'EMPLOYEUR

☐ employeur privé

☐ employeur « public »*

Nom et prénom ou dénomination :

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

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

Type d'employeur :

N° : Voie :

Employeur spécifique :

Complément :

Code activité de l'entreprise (APE) :

Code postal :

Effectif total salariés de l'entreprise :

Commune :

Téléphone :

Code IDCC de la convention collective applicable :

Courriel :

*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage : ☐

L'APPRENTI(E)

Nom de naissance de l'apprenti(e) :

Nom d'usage :

Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil :

NIR de l'apprenti(e) :

Date de naissance : / /

Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse de l'apprenti(e) :

Département de naissance :

N° : Voie :

Commune de naissance :

Complément :

Nationalité : Régime social :

Code postal :

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau :

Commune :

☐ Oui ☐ Non

Téléphone :

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur

Courriel :

handicapé : ☐ Oui ☐ Non

Représentant légal (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)

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

Nom de naissance et prénom :

Équivalence jeunes : ☐ Oui ☐ Non

Adresse du représentant légal :

Extension BOE : ☐ Oui ☐ Non

N° : Voie :

Situation avant ce contrat :

Complément :

Dernier diplôme ou titre préparé :

Code postal :

Dernière classe / année suivie :

Commune :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Courriel :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Déclare avoir un projet de création ou de reprise

d'entreprise : ☐ Oui ☐ Non

** Reportez-vous à la page 4 de la notice pour en savoir plus sur les droits attachés à la RQTH

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Nom de naissance :

Prénom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Date de naissance : / /

Courriel :

Courriel :

Emploi occupé :

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

☐ L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.

LE CONTRAT

Type de contrat ou d'avenant : Type de dérogation : à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat
Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant :
Date de conclusion : (Date de signatures du présent contrat) Date de début d'exécution du contrat : Date de début de formation pratique chez l'employeur :
Si avenant, date d'effet : Durée hebdomadaire du travail : heures minutes
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage :
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : ☐ Oui ☐ Non

Rémunération

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1^{ère} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
2^{ème} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
3^{ème} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
4^{ème} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *

Salaire brut mensuel à l'embauche :

, €

Caisse de retraite complémentaire :

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : , € / repas Logement : , € / mois Autre :

LA FORMATION

CFA d'entreprise : ☐ Oui ☐ Non

Dénomination du CFA responsable :

N° UAI du CFA :

N° SIRET CFA :

Adresse du CFA responsable :

N° : Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

☐ Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :

Diplôme ou titre visé par l'apprenti :

Intitulé précis :

Code du diplôme :

Code RNCP :

Organisation de la formation en CFA :

Date de début de formation en CFA :

/ /

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

/ /

Durée de la formation : heures

Dont heures de formation à distance

Lieu principal de réalisation de la formation si différent du CFA responsable :

Dénomination du lieu de formation principal :

N° UAI :

N° SIRET :

Adresse du lieu de formation principal :

N° : Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

☐ L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat

Fait à :

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(e)

Signature du représentant légal de l'apprenti(e) mineur(e)

CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME EN CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT

Nom de l'organisme :

Date de réception du dossier complet : / /

N° de dépôt :

N° SIRET de l'organisme :

Date de la décision : / /

Numéro d'avenant :

Mode contractuel de l'apprentissage

L'EMPLOYEUR

☐ employeur privé

☐ employeur « public »*

Nom et prénom ou dénomination :

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

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

Type d'employeur :

N° : Voie :

Employeur spécifique :

Complément :

Code activité de l'entreprise (APE) :

Code postal :

Effectif total salariés de l'entreprise :

Commune :

Téléphone :

Code IDCC de la convention collective applicable :

Courriel :

*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage : ☐

L'APPRENTI(E)

Nom de naissance de l'apprenti(e) :

Nom d'usage :

Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil :

NIR de l'apprenti(e) :

Date de naissance : / /

Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse de l'apprenti(e) :

Département de naissance :

N° : Voie :

Commune de naissance :

Complément :

Nationalité : Régime social :

Code postal :

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau :

Commune :

☐ Oui ☐ Non

Téléphone :

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur

Courriel :

handicapé : ☐ Oui ☐ Non

Représentant légal (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)

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

Nom de naissance et prénom :

Équivalence jeunes : ☐ Oui ☐ Non

Adresse du représentant légal :

Extension BOE : ☐ Oui ☐ Non

N° : Voie :

Situation avant ce contrat :

Complément :

Dernier diplôme ou titre préparé :

Code postal :

Dernière classe / année suivie :

Commune :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Courriel :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Déclare avoir un projet de création ou de reprise

d'entreprise : ☐ Oui ☐ Non

** Reportez-vous à la page 4 de la notice pour en savoir plus sur les droits attachés à la RQTH

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Nom de naissance :

Prénom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Date de naissance : / /

Courriel :

Courriel :

Emploi occupé :

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

☐ L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.

LE CONTRAT

Type de contrat ou d'avenant : Type de dérogation : à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat
Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant :
Date de conclusion : (Date de signatures du présent contrat) Date de début d'exécution du contrat : Date de début de formation pratique chez l'employeur :
Si avenant, date d'effet : Durée hebdomadaire du travail : heures minutes
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage :
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : ☐ Oui ☐ Non

Rémunération

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1^{ère} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
2^{ème} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
3^{ème} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
4^{ème} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *

Salaire brut mensuel à l'embauche :

, €

Caisse de retraite complémentaire :

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : , € / repas Logement : , € / mois Autre :

LA FORMATION

CFA d'entreprise : ☐ Oui ☐ Non

Dénomination du CFA responsable :

N° UAI du CFA :

N° SIRET CFA :

Adresse du CFA responsable :

N° : Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

☐ Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :

Diplôme ou titre visé par l'apprenti :

Intitulé précis :

Code du diplôme :

Code RNCP :

Organisation de la formation en CFA :

Date de début de formation en CFA :

/ /

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

/ /

Durée de la formation : heures

Dont heures de formation à distance

Lieu principal de réalisation de la formation si différent du CFA responsable :

Dénomination du lieu de formation principal :

N° UAI :

N° SIRET :

Adresse du lieu de formation principal :

N° : Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

☐ L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat

Fait à :

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(e)

Signature du représentant légal de l'apprenti(e) mineur(e)

CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME EN CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT

Nom de l'organisme :

Date de réception du dossier complet : / /

N° de dépôt :

N° SIRET de l'organisme :

Date de la décision : / /

Numéro d'avenant :

Mode contractuel de l'apprentissage

L'EMPLOYEUR

☐ employeur privé

☐ employeur « public »*

Nom et prénom ou dénomination :

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

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

Type d'employeur :

N° : Voie :

Employeur spécifique :

Complément :

Code activité de l'entreprise (APE) :

Code postal :

Effectif total salariés de l'entreprise :

Commune :

Téléphone :

Code IDCC de la convention collective applicable :

Courriel :

*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage : ☐

L'APPRENTI(E)

Nom de naissance de l'apprenti(e) :

Nom d'usage :

Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil :

NIR de l'apprenti(e) :

Date de naissance : / /

Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse de l'apprenti(e) :

Département de naissance :

N° : Voie :

Commune de naissance :

Complément :

Nationalité : Régime social :

Code postal :

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau :

Commune :

☐ Oui ☐ Non

Téléphone :

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur

Courriel :

handicapé : ☐ Oui ☐ Non

Représentant légal (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)

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

Nom de naissance et prénom :

Équivalence jeunes : ☐ Oui ☐ Non

Adresse du représentant légal :

Extension BOE : ☐ Oui ☐ Non

N° : Voie :

Situation avant ce contrat :

Complément :

Dernier diplôme ou titre préparé :

Code postal :

Dernière classe / année suivie :

Commune :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Courriel :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Déclare avoir un projet de création ou de reprise

d'entreprise : ☐ Oui ☐ Non

** Reportez-vous à la page 4 de la notice pour en savoir plus sur les droits attachés à la RQTH

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Nom de naissance :

Prénom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Date de naissance : / /

Courriel :

Courriel :

Emploi occupé :

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

☐ L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.

LE CONTRAT

Type de contrat ou d'avenant : Type de dérogation : à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat
Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant :
Date de conclusion : (Date de signatures du présent contrat) Date de début d'exécution du contrat : Date de début de formation pratique chez l'employeur :
Si avenant, date d'effet : Durée hebdomadaire du travail : heures minutes
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage :
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : ☐ Oui ☐ Non

Rémunération

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1^{ère} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
2^{ème} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
3^{ème} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
4^{ème} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *

Salaire brut mensuel à l'embauche :

, €

Caisse de retraite complémentaire :

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : , € / repas Logement : , € / mois Autre :

LA FORMATION

CFA d'entreprise : ☐ Oui ☐ Non

Dénomination du CFA responsable :

N° UAI du CFA :

N° SIRET CFA :

Adresse du CFA responsable :

N° : Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

☐ Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :

Diplôme ou titre visé par l'apprenti :

Intitulé précis :

Code du diplôme :

Code RNCP :

Organisation de la formation en CFA :

Date de début de formation en CFA :

/ /

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

/ /

Durée de la formation : heures

Dont heures de formation à distance

Lieu principal de réalisation de la formation si différent du CFA responsable :

Dénomination du lieu de formation principal :

N° UAI :

N° SIRET :

Adresse du lieu de formation principal :

N° : Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

☐ L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat

Fait à :

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(e)

Signature du représentant légal de l'apprenti(e) mineur(e)

CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME EN CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT

Nom de l'organisme :

Date de réception du dossier complet : / /

N° de dépôt :

N° SIRET de l'organisme :

Date de la décision : / /

Numéro d'avenant :



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 le cas échéant :

Particulier-employeur : ☐ oui ☐ non

N° URSSAF du particulier-employeur :

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

Code activité de l'entreprise (NAF) :

Effectif total salariés de l'entreprise :

Code IDCC de la convention collective applicable :

Numéro du projet* :

*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 :

Nom d'usage :

Le premier prénom du salarié selon l'état civil :

Adresse du salarié :

N° : Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

@

NIR du salarié :

Date de naissance : / /

Sexe : ☐ M ☐ F

Département de naissance :

Commune de naissance :

Déclare bénéficiaire 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 :

Durée : mois

Situation avant ce contrat :

Type de minimum social, si bénéficiaire :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

** 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 :

Prénom :

Emploi occupé :

Date de naissance : / /

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

Nom :

Prénom :

Emploi occupé :

Date de naissance : / /

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

*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.

☐ 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 :

☐ 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.*

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 signatures 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 :

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.*

N° de déclaration d'activité de cet organisme :

Nombre d'organismes de formation intervenant :

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 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 :

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.