



**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**

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

**LE SALARIÉ**

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

**LE TUTEUR**

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

*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.*