



**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**

Nom et prénom ou dénomination :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Particulier-employeur :  oui  non  
N° URSSAF du particulier-employeur :  
□□□□□□□□□□□□

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 :  
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

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

□□□□□□□□□□□□□□

Code activité de l'entreprise (NAF) : □□□□□

Effectif total salariés de l'entreprise :

□□□□□□□

Convention collective applicable :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□  
□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Code IDCC de la convention : □□□□

**LE SALARIÉ**

Nom du salarié :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Prénom du salarié :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Adresse du salarié :

N° □□□ Voie : □□□□□□□□□□□□□□

Complément : □□□□□□□□□□□□□□

Code postal : □□□□□

Commune : □□□□□□□□□□□□□□□□

Téléphone : □□.□□.□□.□□.□□

Courriel :  
□□□□□□□□□□ @ □□□□□□□□

NIR du salarié\* :

\*Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre de l'article L.6353-10 du code du travail

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 :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Prénom :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Emploi occupé :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Date de naissance : □□/□□/□□□□

Tuteur de l'entreprise utilisatrice, si travail temporaire ou GEIQ

Nom :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Prénom :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Emploi occupé :

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Date de naissance : □□/□□/□□□□

*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.*