cerfa
N° 12434*02

# CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION

CERFA EJ 20

Contrat régi par les articles L. 6325-1 à L. 6325-24 du Code du travail

## 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 bénéficier 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 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) :**

Type de contrat : |_|_|

Classification de l'emploi dans la convention collective :
Niveau : |_|_|_| Coefficient hiérarchique : |_|_|_|
Date de début du contrat ou date d'effet de l'avenant :
|_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Date de fin du CDD ou de l'action de professionnalisation si CDI :
|_|_| |_|_| |_|_|_|_|
Durée de la période d'essai : |_|_|_| jours
Durée hebdomadaire du travail : |_|_| heures |_|_| minutes
**Salaire brut à l'embauche : |_|_|_|_|, |_|_| € / mois (€ / heure pour un contrat de travail temporaire)**

## 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***

N°SIRET de l'organisme de formation principal :
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
N° de déclaration d'activité de cet organisme : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Nombre d'organismes de formation intervenant : |_|

Type qualification visée : |_|_|
**Intitulé précis :**

Diplôme ou titre visé : |_|_|

_____

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 : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

**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 le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_| à

***Signature de l'Employeur***

***Signature du Salarié***

## OPCA AUQUEL EST ADRESSÉ LE DOSSIER COMPLET

Nom de l'OPCA :

N° d'adhérent de l'employeur à l'OPCA s'il existe :

***Pour remplir le contrat reportez-vous à la notice en suivant l'ordre des rubriques du contrat***
***ou effectuez votre démarche en ligne sur le site du service public de l'alternance : www.alternance.emploi.gouv.fr***