

FORMATION CONCERNEE :

Date de formation :

LE SALARIE

Monsieur

Madame

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Mobile :

Mail :

Situation avant ce contrat :

Dernier diplôme obtenu :

Alternant étrangers :

Oui

Non

L'EMPLOYEUR

NOM de l'entreprise :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél. :

Mail de contact :

Code NAF :

SIRET :

Caisse de retraite :

Organisme de prévoyance :

Convention Collective :

Code IDCC :

NOM/Prénom DU SIGNATAIRE DE LA CONVENTION DE FORMATION :

LE TUTEUR EN ENTREPRISE

Monsieur

Madame

NOM/Prénom :

Date de naissance :

Fonction :

Tél/Mail :

OPCA (Organisme Collecteur Paritaire Agréé)

NOM de l'OPCA :

Adresse :

Tél/Mail :

OPCA - SUBROGATION DE PAIEMENT**OUI** : assurez-vous que votre OPCA prenne en charge la formation et pratique la subrogation de paiement**NON** : la facture est directement envoyée à l'entreprise**LE CONTRAT**

DATES DE CONTRAT* : Date de début :

Date de fin :

Durée du contrat :

mois

**les dates du contrat doivent couvrir les dates de formation, notamment les périodes d'examens (fin de formation)*

Description du travail en entreprise :

Poste occupé :

Salaire prévu à l'embauche :

€ brut/mois

Coefficient :

Niveau :

SIGNATURE EMPLOYEUR**SIGNATURE SALARIE**