

Tous secteurs

Motif de la demande de l'entreprise

Exprimez les raisons qui vous amènent à signer un contrat de professionnalisation :

Quelles sont les activités que vous envisagez de confier au bénéficiaire pendant le contrat ?

Décrivez le poste de travail envisagé dans votre entreprise à l'issue du contrat :

A remplir si la formation rentre dans le cadre d'une Reconnaissance convention collective

	Dans le cadre du contrat de professionnalisation	A l'issue du contrat de professionnalisation
Niveau d'emploi		
Coefficient hiérarchique		

Convention collective nationale de branche : _____

Evaluations prévues entre le salarié et l'employeur en fin de formation, pour vérifier que le niveau d'emploi visé est atteint :

Le tuteur

Un tuteur (salarié ou chef d'entreprise) chargée d'accompagner le bénéficiaire, le temps du contrat de professionnalisation, est désigné. Seuls les tuteurs préalablement formés à cette fonction dans le cadre d'une formation reconnue par le FAFSEA, pourront bénéficier de l'aide à la fonction tutorale.

L'entreprise souhaite bénéficier de l'accompagnement à la fonction tutorale : Oui Non

Nom du tuteur : _____ Prénom : _____

Statut dans l'entreprise (salarié, chef d'entreprise...) : _____

Qualification ou poste occupé : _____

Nombre d'années d'expérience professionnelle :

Nombre d'années d'expérience dans la qualification préparée par le bénéficiaire du contrat :

Nombre de bénéficiaires de contrat et période de professionnalisation ou d'apprentissage que le tuteur suit actuellement :

Le tuteur a-t-il suivi une formation de tuteur ?

OUI : Dates de la formation : _____, durée de la formation : jours
Organisme de formation : _____

NON : L'entreprise souhaite qu'il suive une formation de tuteur : Oui Non

Je m'engage, sur l'honneur, de l'exactitude des informations portées sur ce document.

Fait à _____ le _____

Entreprise

Nom et qualité du signataire :

Signature et cachet

Tuteur

Nom et signature

Tous secteurs

Le bénéficiaire

M. Mlle Mme : _____ Prénom : _____

Né(e) le : N° dépt : à : _____

Adresse complète : _____

Code postal : Ville : _____

Téléphone : Tél. portable :

Adresse e-mail : _____

- Etes-vous demandeur d'emploi ? OUI NON
Si oui, numéro IDE (code fourni par l'ANPE) :
- Etes-vous travailleur handicapé ? OUI NON
- Avez-vous déjà bénéficié d'un contrat de professionnalisation ? OUI NON

Formations et expériences

Formations précédentes

Date de fin de scolarité : (à remplir obligatoirement) :

	Formation générale	Formation professionnelle
Dernière formation suivie		
Nom et adresse de l'établissement		
Année et mois de début et de fin		
Titre du diplôme	_____ Obtenu : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	_____ Obtenu : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Expérience professionnelle (temps plein ou partiel, travaux saisonniers, apprentissage, stages pratiques, ...)

Secteur professionnel	Emploi ou stage*	Nom et adresse de l'entreprise	Poste de travail occupé	Date de début / date de fin

* E pour emploi, S pour stage

Je m'engage sur l'honneur de l'exactitude des informations portées sur ce document.

Fait à _____

le _____

Salarié
Signature

Calendrier de formation

Année	Mois	Nbre d'heures en formation	Mois	Nbre d'heures en formation
	janvier		Juillet	
	Février		Août	
	Mars		Septembre	
	Avril		Octobre	
	Mai		Novembre	
	Juin		Décembre	

Année	Mois	Nbre d'heures en formation	Mois	Nbre d'heures en formation
	janvier		Juillet	
	Février		Août	
	Mars		Septembre	
	Avril		Octobre	
	Mai		Novembre	
	Juin		Décembre	

Année	Mois	Nbre d'heures en formation	Mois	Nbre d'heures en formation
	janvier		Juillet	
	Février		Août	
	Mars		Septembre	
	Avril		Octobre	
	Mai		Novembre	
	Juin		Décembre	

Le centre de formation atteste de l'exactitude des informations portées sur ce document.

Fait à _____
le _____

<p>Centre de formation Nom et qualité du signataire : _____ Signature et cachet du centre</p>
--

Pour toute information complémentaire, vous pouvez contacter votre délégation régionale du Fafsea.
Toutes nos coordonnées sont disponibles sur www.fafsea.com

