

PROMESSE D'EMBAUCHE

pour une durée de an(s)*

Contrat d'apprentissage

Contrat de professionnalisation

CANDIDAT ET FORMATION

NOM* : PRENOM* :

DATE DE NAISSANCE* : LIEU* : NATIONALITE* :

RECONNAISSANCE QUALITE DE TRAVAILLEUR HANDICAPE : NON OUI EN COURS

INTITULE DE LA FORMATION* :

DATE DEBUT DE CONTRAT* DATE FIN DE CONTRAT*

L'EMPLOYEUR

Siège social		Lieu d'exécution réel du contrat (si différent)	
NOM DE L'ENTREPRISE	<input type="text"/>	NOM DE L'ENTREPRISE	<input type="text"/>
SIRET	<input type="text"/>	SIRET	<input type="text"/>
CODE NAF	<input type="text"/>	CODE NAF	<input type="text"/>
EFFECTIF SALARIE	<input type="text"/>	EFFECTIF SALARIE	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>
CP VILLE :	<input type="text"/>	CP VILLE :	<input type="text"/>
IDCC	<input type="text"/>		

L'entreprise adhère à l'OPCO suivante

TELEPHONE : COURRIEL

CONTACT ADMINISTRATIF / RH EN CHARGE DU CONTRAT

MME / M

NOM/Prénom* Fonction* :

Téléphone* Courriel* :

MAITRE D'APPRENTISSAGE / TUTEUR ENTREPRISE

MME / M

NOM/Prénom* Fonction* :

Téléphone* Courriel* :

	Responsable	Signature et tampon de l'entreprise
Date :	NOM : Prénom :	
Lieu :		