

# CONTRAT DE QUALIFICATION

Attention ! Afin de vous éviter des problèmes financiers importants, nous vous invitons à ne signer votre contrat qu'en connaissance de la réponse du FAFSEA.

## ENTREPRISE

Adresse e-mail :

.....

Tél. : .....

Fax : .....

L'entreprise est-elle assujettie à la taxe  
d'apprentissage ?

OUI

NON

Code NAF : .....

Activités principales :

1 / .....

2 / .....

3 / .....

Nom et prénom du chef d'entreprise : .....

Avez-vous déjà signé d'autres contrats de qualification ?

OUI

NON

Si oui, combien ? .....

Pour quelles formations ? .....

Avez-vous intégré au sein de votre entreprise des Jeunes ayant fait l'objet d'un contrat de qualification, d'adaptation ou d'orientation ?

OUI

NON

Sinon, devenir de ces Jeunes : .....

.....

.....

.....

Cachet de l'entreprise

Cette demande de prise en charge doit être envoyée au FAFSEA avec :

- le programme de formation (*document produit par le centre de formation*)
- le calendrier de la formation (*document FAFSEA*).

Tout dossier incomplet sera retourné au demandeur.

A retourner à la délégation régionale du FAFSEA



## Motif de la demande de l'entreprise

### A remplir obligatoirement

Durée du contrat de qualification ..... mois

Date de début : ..... date de fin : .....

Exprimez en quelques lignes les raisons qui vous amènent à signer un contrat de qualification :

.....  
.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

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

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### A remplir par le tuteur

Le tuteur est la personne (salarié ou chef d'entreprise) qui sera chargée, le temps du contrat de qualification, d'accompagner le jeune dans l'apprentissage du métier

Nom : ..... Prénom : .....

Avez-vous suivi une formation de tuteur ?

OUI

NON

Souhaitez-vous suivre une formation "tuteur" ?

OUI

NON

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

Qualification ou poste occupé : .....

Nombre d'années d'expérience : .....

Nombre de Jeunes en alternance que vous suivez actuellement en qualité de tuteur (y compris en apprentissage) : .....

**Je m'engage sur l'honneur de l'exactitude des informations citées.**

Fait à ..... le .....

Cachet et signature de l'entreprise  
(Nom et Qualité du signataire)

Nom et signature du tuteur

## A remplir par l'intéressé

Nom : ..... Prénom : .....  
 Date de naissance : .....  
 Téléphone : ..... Tél. portable : .....  
 Adresse e-mail : .....  
 Nom de la mère : ..... Profession : .....  
 Nom du père : ..... Profession : .....

### Formations précédentes

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

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

### Expériences professionnelle (Emplois à 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 début / date de fin
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

\* E pour emploi, S pour stage

### Projet professionnel

Quel emploi occuperez-vous pendant le contrat de qualification ?

.....

Quel est votre projet professionnel à l'issue du contrat ?

.....

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

Fait à ..... le .....

Signature du jeune

# Descriptif de la formation envisagée

*A remplir par le centre*

**CENTRE DE FORMATION :** .....

N° d'existence : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Fax : .....

E-mail : .....

Coordonnées du référent pédagogique de la formation :  
.....  
.....

## L'entrée en formation

Le jeune a-t-il passé des tests de sélection ?  OUI  NON

Y a-t-il eu un positionnement du jeune ?  OUI  NON

Le responsable pédagogique a-t-il eu un entretien avec :  
- le futur salarié ?  OUI  NON  
- son employeur ?  OUI  NON

## La formation envisagée

Intitulé précis de la formation : .....

Niveau :  V  IV  III  II  I

Mode de reconnaissance :  Diplôme  
 Titre homologué  
 Convention collective ..... Coefficient : .....  
 Liste CPNE .....  
 CQP .....

Durée de la formation envisagée : ..... Heures Coût horaire : ..... euros

Les frais d'hébergement et de restauration sont-ils inclus ?  OUI  NON

Date de début de la formation : ..... Date de fin de la formation : .....

Dates prévues d'examen : .....

**Le centre de formation s'engage à accueillir le jeune en formation (sous réserve d'un accord de financement du FAFSEA).**

Fait à ..... le .....

Cachet du centre de formation

## Cadre réservé au FAFSEA

**La délégation régionale du FAFSEA donne un avis ..... \* à la demande de financement pour ce contrat de qualification.**

Fait à ..... le .....

Cachet du FAFSEA

\* Un avis favorable du FAFSEA est donné sous réserve de l'acceptation du contrat par la DDTEFP.

# CONTRAT EN ALTERNANCE : CALENDRIER DE FORMATION

*A remplir par le centre de formation*

Contrat de qualification

Contrat d'orientation

Contrat d'adaptation

Formation suivie : .....

Nom & prénom du stagiaire : .....

Nom de l'entreprise : ..... Code postal : .....

Centre de formation : ..... Code postal : .....

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

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

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

Fait à : ..... le : .....

Cachet du centre de formation

Ce document, dûment rempli, est à retourner au Fafsea avec la demande de prise en charge

