

> 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		

Intitulé de la 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 : _____

Attention !

Ne signer votre contrat de professionnalisation qu'après accord de financement du Fafsea. Aucun financement ne pourra être accordé a postériori.

> 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 _____

Nom et qualité du signataire :

Nom et signature du tuteur

Signature et cachet de l'entreprise

Cette demande de prise en charge dûment complétée, et le programme détaillé de la formation, doivent être envoyés à votre Délégation régionale du FAFSEA au moins 15 jours avant le début du contrat.

> 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 qualification ? 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"/>	Obtenu : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Date : <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 _____

Signature du salarié

Attention !
Ne signer votre contrat de professionnalisation qu'après accord de financement du Fafsea. Aucun financement ne pourra être accordé a posteriori.

Cette demande de prise en charge dûment complétée, et le programme détaillé de la formation, doivent être envoyés à votre Délégation régionale du FAFSEA au moins 15 jours avant le début du contrat.

> 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 _____

Nom et qualité du signataire :

Signature et cachet du centre de formation

Attention !

Ne signer votre contrat de professionnalisation qu'après accord de financement du Fafsea. Aucun financement ne pourra être accordé a postériori.

Cette demande de prise en charge dûment complétée, et le programme détaillé de la formation, doivent être envoyés à votre Délégation régionale du FAFSEA au moins 15 jours avant le début du contrat.

