

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		NOM DE L'ENTREPRISE	
SIRET		SIRET	
CODE NAF		CODE NAF	
EFFECTIF SALARIE		EFFECTIF SALARIE	
Adresse		Adresse	
CP VILLE :		CP VILLE :	
IDCC			

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 :		