Ministère de l'emploi
et de la solidarité

CONTRAT D'ADAPTATION

Contrat de type particulier régi par l'article L. 981-6 et les articles D. 981-9 à D. 981-20 du Code du Travail

cerfa
N° 11037 * 01

EJ 01

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat

Code postal (19 23)

Activité principale

Convention collective applicable (titre exact)

N° SIRET de l'établissement (1 14)

Nombre de salariés (15 18)

Téléphone

Télécopie

Code APE (24 27)

LE SALARIÉ

Nom et prénom

Adresse

Code postal

Diplômes obtenus

Intitulé des diplômes obtenus	Année d'obtention

Sexe (M = 1, F = 2) (28)

Nationalité *(voir notice, Cadre A)* (29)

Date de naissance (30 31) 19 (32 33)

Niveau de formation actuel *(voir notice, Cadre B)* (34)

Diplôme le plus élevé obtenu *(voir notice, Cadre C)* (35)

Situation avant contrat *(voir notice, Cadre D)* (36)

Si le salarié était demandeur d'emploi inscrit à l'ANPE, indiquer depuis combien de mois ..... (37 38)

LE CONTRAT

Contrat à durée indéterminée — Date début (39 40 41 42)

Contrat à durée déterminée — Date début (44 45 46 47) Date fin (48 49 50 51)

Si CDI *coder 1* Si CDD *coder 2* (43)

Durée du CDD (52 53) mois

Période d'essai (s'il y a lieu) Durée

Position dans la classification

Emploi précis occupé

Durée hebdomadaire de travail (y compris le temps de formation) (54 55) h/sem.

Si cet emploi nécessite la mise en œuvre d'une formation renforcée à la sécurité, cocher la case ☐

Type d'emploi *(voir notice, Cadre E)* (56 57)

Caisse de retraite complémentaire

Organisme de prévoyance

Salaire pendant la durée du contrat s'il est à durée déterminée et pendant la durée de formation s'il est à durée indéterminée *(voir notice, Cadre F)*

Montant mensuel à l'embauche F / € (58 59)

Montant mensuel prévu après la période d'adaptation (CDI) ..... F / €

Si des primes sont versées, indiquer leur montant mensuel ..... F / €

LE TUTEUR

Nom et prénom

Qualification

Statut ☐ Employeur ☐ Salarié

Durée de son expérience prof. ans

Nombre total de jeunes suivis *(Tout contrats confondus)*

LA FORMATION

Nature de la formation

Période de formation du au

Nom et adresse de l'organisme de formation *(le cas échéant)*

Nom et adresse de l'OPCA

Durée Totale de la formation (63 66) heures

Durée de la formation externe (67 70) heures

Catégorie d'organisme *(voir notice, Cadre G)* (71)

L'employeur s'engage à faire suivre au salarié les actions de formation prévues au contrat et à supporter les frais occasionnés par le contrat en cas de refus de prise en charge par l'OPCA. Le salarié s'engage à suivre ces actions et à exécuter les tâches qui lui seront confiées dans le cadre de son contrat.

Signature du salarié ou de son représentant légal ***Signature de l'employeur*** Fait à

Le

CADRE RÉSERVÉ À LA DDTEFP

Date de réception *Date de l'enregistrement exprès ou de droit (J + 30)* (72 73 74 75) *Numéro d'enregistrement*

Destinataires : employeur *- salarié - DARES - DDTEFP - OPCA.*

Ministère de l'emploi
et de la solidarité

CONTRAT D'ADAPTATION

Contrat de type particulier régi par l'article L. 981-6 et les articles D. 981-9 à D. 981-20 du Code du Travail

cerfa
N° 11037 * 01

EJ 01

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat

Code postal (19 23)

Activité principale

Convention collective applicable (titre exact)

N° SIRET de l'établissement (1 14)

Nombre de salariés (15 18)

Téléphone

Télécopie

Code APE (24 27)

LE SALARIÉ

Nom et prénom

Adresse

Code postal

Diplômes obtenus

Intitulé des diplômes obtenus	Année d'obtention

Sexe (M = 1, F = 2) (28)

Nationalité *(voir notice, Cadre A)* (29)

Date de naissance (30 31) 19 (32 33)

Niveau de formation actuel *(voir notice, Cadre B)* (34)

Diplôme le plus élevé obtenu *(voir notice, Cadre C)* (35)

Situation avant contrat *(voir notice, Cadre D)* (36)

Si le salarié était demandeur d'emploi inscrit à l'ANPE, indiquer depuis combien de mois ..... (37 38)

LE CONTRAT

Contrat à durée indéterminée — Date début (39 40 41 42)

Contrat à durée déterminée — Date début (44 45 46 47) Date fin (48 49 50 51)

Si CDI *coder 1* Si CDD *coder 2* (43)

Durée du CDD (52 53) mois

Période d'essai (s'il y a lieu) Durée

Position dans la classification

Emploi précis occupé

Durée hebdomadaire de travail (y compris le temps de formation) (54 55) h/sem.

Si cet emploi nécessite la mise en œuvre d'une formation renforcée à la sécurité, cocher la case ☐

Type d'emploi *(voir notice, Cadre E)* (56 57)

Caisse de retraite complémentaire

Organisme de prévoyance

Salaire pendant la durée du contrat s'il est à durée déterminée et pendant la durée de formation s'il est à durée indéterminée *(voir notice, Cadre F)*

Montant mensuel à l'embauche (58 59) F / €

Montant mensuel prévu après la période d'adaptation (CDI) ..... F / €

Si des primes sont versées, indiquer leur montant mensuel ..... F / €

LE TUTEUR

Nom et prénom

Qualification

Statut ☐ Employeur ☐ Salarié

Durée de son expérience prof. ans

Nombre total de jeunes suivis *(Tout contrats confondus)*

LA FORMATION

Nature de la formation

Période de formation du au

Nom et adresse de l'organisme de formation *(le cas échéant)*

Nom et adresse de l'OPCA

Durée Totale de la formation (63 66) heures

Durée de la formation externe (67 70) heures

Catégorie d'organisme *(voir notice, Cadre G)* (71)

L'employeur s'engage à faire suivre au salarié les actions de formation prévues au contrat et à supporter les frais occasionnés par le contrat en cas de refus de prise en charge par l'OPCA. Le salarié s'engage à suivre ces actions et à exécuter les tâches qui lui seront confiées dans le cadre de son contrat.

Signature du salarié ou de son représentant légal ***Signature de l'employeur*** Fait à

Le

CADRE RÉSERVÉ À LA DDTEFP

Date de réception *Date de l'enregistrement exprès ou de droit (J + 30)* (72 73 74 75) *Numéro d'enregistrement*

Destinataires : *employeur - **salarié** - DARES - DDTEFP - OPCA.*

Ministère de l'emploi
et de la solidarité

CONTRAT D'ADAPTATION

Contrat de type particulier régi par l'article L. 981-6 et les articles D. 981-9 à D. 981-20 du Code du Travail

cerfa
N° 11037 * 01

EJ 01

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat

Code postal (19 23)

Activité principale

Convention collective applicable (titre exact)

N° SIRET de l'établissement (1 14)

Nombre de salariés (15 18)

Téléphone

Télécopie

Code APE (24 27)

LE SALARIÉ

Nom et prénom

Adresse

Code postal

Diplômes obtenus

Intitulé des diplômes obtenus	Année d'obtention

Sexe (M = 1, F = 2) (28)

Nationalité *(voir notice, Cadre A)* (29)

Date de naissance (30 31) 19 (32 33)

Niveau de formation actuel *(voir notice, Cadre B)* (34)

Diplôme le plus élevé obtenu *(voir notice, Cadre C)* (35)

Situation avant contrat *(voir notice, Cadre D)* (36)

Si le salarié était demandeur d'emploi inscrit à l'ANPE, indiquer depuis combien de mois ..... (37 38)

LE CONTRAT

Contrat à durée indéterminée — Date début (39 40 41 42)

Contrat à durée déterminée — Date début (44 45 46 47) Date fin (48 49 50 51)

Si CDI *coder 1* Si CDD *coder 2* (43)

Durée du CDD (52 53) mois

Période d'essai (s'il y a lieu) Durée

Position dans la classification

Emploi précis occupé

Durée hebdomadaire de travail (y compris le temps de formation) (54 55) h/sem.

Si cet emploi nécessite la mise en œuvre d'une formation renforcée à la sécurité, cocher la case ☐

Type d'emploi *(voir notice, Cadre E)* (56 57)

Caisse de retraite complémentaire

Organisme de prévoyance

Salaire pendant la durée du contrat s'il est à durée déterminée et pendant la durée de formation s'il est à durée indéterminée *(voir notice, Cadre F)*

Montant mensuel à l'embauche F / € (58 59)

Montant mensuel prévu après la période d'adaptation (CDI) ..... F / €

Si des primes sont versées, indiquer leur montant mensuel ..... F / €

LE TUTEUR

Nom et prénom

Qualification

Statut ☐ Employeur ☐ Salarié

Durée de son expérience prof. ans

Nombre total de jeunes suivis *(Tout contrats confondus)*

LA FORMATION

Nature de la formation

Période de formation du au

Nom et adresse de l'organisme de formation *(le cas échéant)*

Nom et adresse de l'OPCA

Durée Totale de la formation (63 66) heures

Durée de la formation externe (67 70) heures

Catégorie d'organisme *(voir notice, Cadre G)* (71)

L'employeur s'engage à faire suivre au salarié les actions de formation prévues au contrat et à supporter les frais occasionnés par le contrat en cas de refus de prise en charge par l'OPCA. Le salarié s'engage à suivre ces actions et à exécuter les tâches qui lui seront confiées dans le cadre de son contrat.

Signature du salarié ou de son représentant légal ***Signature de l'employeur*** Fait à

Le

CADRE RÉSERVÉ À LA DDTEFP

Date de réception *Date de l'enregistrement exprès ou de droit (J + 30)* (72 73 74 75) *Numéro d'enregistrement*

Destinataires : *employeur - salarié -* ***DARES*** *- DDTEFP - OPCA.*

Ministère de l'emploi
et de la solidarité

CONTRAT D'ADAPTATION

Contrat de type particulier régi par l'article L. 981-6 et les articles D. 981-9 à D. 981-20 du Code du Travail

cerfa
N° 11037 * 01

EJ 01

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat

Code postal (19 23)

Activité principale

Convention collective applicable (titre exact)

N° SIRET de l'établissement (1 14)

Nombre de salariés (15 18)

Téléphone

Télécopie

Code APE (24 27)

LE SALARIÉ

Nom et prénom

Adresse

Code postal

Diplômes obtenus

Intitulé des diplômes obtenus	Année d'obtention

Sexe (M = 1, F = 2) (28)

Nationalité *(voir notice, Cadre A)* (29)

Date de naissance (30 31) 19 (32 33)

Niveau de formation actuel *(voir notice, Cadre B)* (34)

Diplôme le plus élevé obtenu *(voir notice, Cadre C)* (35)

Situation avant contrat *(voir notice, Cadre D)* (36)

Si le salarié était demandeur d'emploi inscrit à l'ANPE, indiquer depuis combien de mois ..... (37 38)

LE CONTRAT

Contrat à durée indéterminée — Date début (39 40 41 42)

Contrat à durée déterminée — Date début (44 45 46 47) Date fin (48 49 50 51)

Si CDI *coder 1* Si CDD *coder 2* (43)

Durée du CDD (52 53) mois

Période d'essai (s'il y a lieu) Durée

Position dans la classification

Emploi précis occupé

Durée hebdomadaire de travail (y compris le temps de formation) (54 55) h/sem.

Si cet emploi nécessite la mise en œuvre d'une formation renforcée à la sécurité, cocher la case ☐

Type d'emploi *(voir notice, Cadre E)* (56 57)

Caisse de retraite complémentaire

Organisme de prévoyance

Salaire pendant la durée du contrat s'il est à durée déterminée et pendant la durée de formation s'il est à durée indéterminée *(voir notice, Cadre F)*

Montant mensuel à l'embauche F / € (58 59)

Montant mensuel prévu après la période d'adaptation (CDI) ..... F / €

Si des primes sont versées, indiquer leur montant mensuel ..... F / €

LE TUTEUR

Nom et prénom

Qualification

Statut ☐ Employeur ☐ Salarié

Durée de son expérience prof. ans

Nombre total de jeunes suivis *(Tout contrats confondus)*

LA FORMATION

Nature de la formation

Période de formation du au

Nom et adresse de l'organisme de formation *(le cas échéant)*

Nom et adresse de l'OPCA

Durée Totale de la formation (63 66) heures

Durée de la formation externe (67 70) heures

Catégorie d'organisme *(voir notice, Cadre G)* (71)

L'employeur s'engage à faire suivre au salarié les actions de formation prévues au contrat et à supporter les frais occasionnés par le contrat en cas de refus de prise en charge par l'OPCA. Le salarié s'engage à suivre ces actions et à exécuter les tâches qui lui seront confiées dans le cadre de son contrat.

Signature du salarié ou de son représentant légal ***Signature de l'employeur*** Fait à

Le

CADRE RÉSERVÉ À LA DDTEFP

Date de réception *Date de l'enregistrement exprès ou de droit (J + 30)* (72 73 74 75) *Numéro d'enregistrement*

Destinataires : *employeur - salarié - DARES -* ***DDTEFP*** *- OPCA.*

Ministère de l'emploi
et de la solidarité

CONTRAT D'ADAPTATION

Contrat de type particulier régi par l'article L. 981-6 et les articles D. 981-9 à D. 981-20 du Code du Travail

cerfa
N° 11037 * 01

EJ 01

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat

Code postal (19 23)

Activité principale

Convention collective applicable (titre exact)

N° SIRET de l'établissement (1 14)

Nombre de salariés (15 18)

Téléphone

Télécopie

Code APE (24 27)

LE SALARIÉ

Nom et prénom

Adresse

Code postal

Diplômes obtenus

Intitulé des diplômes obtenus	Année d'obtention

Sexe (M = 1, F = 2) (28)

Nationalité *(voir notice, Cadre A)* (29)

Date de naissance (30 31) 19 (32 33)

Niveau de formation actuel *(voir notice, Cadre B)* (34)

Diplôme le plus élevé obtenu *(voir notice, Cadre C)* (35)

Situation avant contrat *(voir notice, Cadre D)* (36)

Si le salarié était demandeur d'emploi inscrit à l'ANPE, indiquer depuis combien de mois ..... (37 38)

LE CONTRAT

Contrat à durée indéterminée — Date début (39 40 41 42)

Contrat à durée déterminée — Date début (44 45 46 47) Date fin (48 49 50 51)

Si CDI *coder 1* Si CDD *coder 2* (43)

Durée du CDD (52 53) mois

Période d'essai (s'il y a lieu) Durée

Position dans la classification

Emploi précis occupé

Durée hebdomadaire de travail (y compris le temps de formation) (54 55) h/sem.

Si cet emploi nécessite la mise en œuvre d'une formation renforcée à la sécurité, cocher la case ☐

Type d'emploi *(voir notice, Cadre E)* (56 57)

Caisse de retraite complémentaire

Organisme de prévoyance

Salaire pendant la durée du contrat s'il est à durée déterminée et pendant la durée de formation s'il est à durée indéterminée *(voir notice, Cadre F)*

Montant mensuel à l'embauche F / € (58 59)

Montant mensuel prévu après la période d'adaptation (CDI) ..... F / €

Si des primes sont versées, indiquer leur montant mensuel ..... F / €

LE TUTEUR

Nom et prénom

Qualification

Statut ☐ Employeur ☐ Salarié

Durée de son expérience prof. ans

Nombre total de jeunes suivis *(Tout contrats confondus)*

LA FORMATION

Nature de la formation

Période de formation du au

Nom et adresse de l'organisme de formation *(le cas échéant)*

Nom et adresse de l'OPCA

Durée Totale de la formation (63 66) heures

Durée de la formation externe (67 70) heures

Catégorie d'organisme *(voir notice, Cadre G)* (71)

L'employeur s'engage à faire suivre au salarié les actions de formation prévues au contrat et à supporter les frais occasionnés par le contrat en cas de refus de prise en charge par l'OPCA. Le salarié s'engage à suivre ces actions et à exécuter les tâches qui lui seront confiées dans le cadre de son contrat.

Signature du salarié ou de son représentant légal

Signature de l'employeur

Fait à

Le

CADRE RÉSERVÉ À LA DDTEFP

Date de réception

Date de l'enregistrement exprès ou de droit (J + 30) (72 73 74 75)

Numéro d'enregistrement

Destinataires : *employeur - salarié - DARES - DDTEFP -* ***OPCA.***