

CONTRAT DE QUALIFICATION ADULTE

Contrat de type particulier, pour les personnes sans emploi âgées de 26 ans et plus,
régi par les articles L. 981-1, L. 981-2 et L. 981-5, l'article 25 de la loi du 29 juillet 1998
modifié par l'article 143 de la loi de finances pour 2002 et
les décrets 2002-518 et 2002-519 du 16 avril 2002

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination		N° SIRET de l'établissement	1 _____ 14
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat		Nombre de salariés	15 _____ 18
		Téléphone	_____
	Code postal	Télécopie	_____
	19 _____ 23	Code APE	24 _____ 27
Activité principale			
Convention collective applicable (titre exact)			

LE SALARIÉ

Nom et prénom		Sexe (M=1, F=2)	28 _____	Nationalité	29 _____
Adresse		Date de naissance	30 _____ 31 _____ 32 _____ 33 _____	(voir notice, Cadre A)	
	Code postal	Niveau de formation actuel	34 _____	(voir notice, Cadre B)	
Diplômes obtenus	Intitulé des diplômes obtenus	Année d'obtention	35 _____	Diplôme le plus élevé obtenu	36 _____ 37 _____
	_____	_____		(voir notice, Cadre C)	
	_____	_____		Situation avant contrat	(voir notice, Cadre D)

Si le salarié était demandeur d'emploi inscrit à l'ANPE, indiquer depuis combien de mois 38 _____ 39 _____

LE CONTRAT

Nature du contrat (CDI = 1, CDD = 2, Mission de travail temporaire = 3)	40 _____	Durée de la période qualification (si CDI), du CDD ou de la mission de travail temporaire	50 _____ 51 _____ mois
Début	41 _____ 42 _____ 43 _____ 44 _____ 45 _____	Durée hebdomadaire de travail (y compris le temps de formation)	52 _____ 53 _____ h/sem.
Fin de la période qualification (si CDI), du CDD ou de la mission de travail temporaire	46 _____ 47 _____ 48 _____ 49 _____	Salaires mensuel à l'embauche (voir notice, cadre E)	54 _____ 58 _____ €
			_____ % du _____ (remplir SMC ou SMC)

Période d'essai (s'il y a lieu) _____ Durée _____ Position dans la classification _____

Si des primes sont versées, indiquer leur montant mensuel _____ €

Emploi précis occupé _____

Cet emploi nécessite la mise en œuvre d'une formation renforcée à la sécurité (Oui = 1, Non = 2) _____

Organisme de prévoyance _____

LE TUTEUR

Nom, prénom et qualification _____

LA FORMATION GÉNÉRALE, PROFESSIONNELLE ET TECHNOLOGIQUE, HORS POSTE DE TRAVAIL

Intitulé précis de la qualification préparée		Type de qualification (voir notice, Cadre F)	59 _____
Période de l'examen ou de l'évaluation (le cas échéant)	mois _____ année _____	Spécialité de formation (voir notice, Cadre G)	60 _____ 61 _____
Nom et adresse de l'organisme de formation		Durée totale de la formation	62 _____ 65 _____ heures
Lieu de réalisation de la formation s'il est différent		Durée de la formation externe	66 _____ 69 _____ heures
Nom et adresse de l'OPCA		Catégorie d'organisme (voir notice, Cadre H)	70 _____

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 L'ANPE

Avis de l'ANPE concernant l'éligibilité de l'employeur à l'aide de l'État en raison de la situation du salarié _____ Situation donnant lieu au versement de l'aide de l'État _____
Entretien ANPE du _____ (Favorable = 1, Défavorable = 2) _____ (voir notice, cadre I) _____ 72 _____

CADRE RÉSERVÉ À LA DDTEFP

_____ 73 _____ 74 _____ 75 _____ 76 _____
Date de réception _____ Date de l'enregistrement exprès ou de droit (J + 30) _____ Numéro d'enregistrement _____

CONTRAT DE QUALIFICATION ADULTE

Contrat de type particulier, pour les personnes sans emploi âgées de 26 ans et plus,
régi par les articles L. 981-1, L. 981-2 et L. 981-5, l'article 25 de la loi du 29 juillet 1998
modifié par l'article 143 de la loi de finances pour 2002 et
les décrets 2002-518 et 2002-519 du 16 avril 2002

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination		N° SIRET de l'établissement	1 _____ 14
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat		Nombre de salariés	15 _____ 18
		Téléphone	_____
	Code postal	Télécopie	_____
	19 _____ 23		
Activité principale		Code APE	24 _____ 27
Convention collective applicable (titre exact)			

LE SALARIÉ

Nom et prénom		Sexe (M=1, F=2)	28 _____	Nationalité	29 _____
Adresse		Date de naissance	30 _____ 31 _____ 32 _____ 33 _____	(voir notice, Cadre A)	
	Code postal	Niveau de formation actuel	34 _____	(voir notice, Cadre B)	
Diplômes obtenus	Intitulé des diplômes obtenus	Année d'obtention	35 _____	(voir notice, Cadre C)	
			36 _____ 37 _____	(voir notice, Cadre D)	
			38 _____ 39 _____		

Si le salarié était demandeur d'emploi inscrit à l'ANPE, indiquer depuis combien de mois 38 39

LE CONTRAT

Nature du contrat (CDI = 1, CDD = 2, Mission de travail temporaire = 3)	40 _____	Durée de la période qualification (si CDI), du CDD ou de la mission de travail temporaire	50 _____ 51 _____ mois
Début	41 _____ 42 _____ 43 _____ 44 _____ 45 _____	Durée hebdomadaire de travail (y compris le temps de formation)	52 _____ 53 _____ h/sem.
Fin de la période qualification (si CDI), du CDD ou de la mission de travail temporaire	46 _____ 47 _____ 48 _____ 49 _____	Salaires mensuel à l'embauche (voir notice, cadre E)	54 _____ 58 _____ €
			_____ % du _____ (remplir SMC ou SMC)

Période d'essai (s'il y a lieu) _____ Durée _____ Position dans la classification _____

Si des primes sont versées, indiquer leur montant mensuel _____ €

Emploi précis occupé _____

Cet emploi nécessite la mise en œuvre d'une formation renforcée à la sécurité (Oui = 1, Non = 2) _____

Organisme de prévoyance _____

LE TUTEUR

Nom, prénom et qualification _____

LA FORMATION GÉNÉRALE, PROFESSIONNELLE ET TECHNOLOGIQUE, HORS POSTE DE TRAVAIL

Intitulé précis de la qualification préparée		Type de qualification (voir notice, Cadre F)	59 _____
Période de l'examen ou de l'évaluation (le cas échéant)	mois _____ année _____	Spécialité de formation (voir notice, Cadre G)	60 _____ 61 _____
Nom et adresse de l'organisme de formation		Durée totale de la formation	62 _____ 65 _____ heures
Lieu de réalisation de la formation s'il est différent		Durée de la formation externe	66 _____ 69 _____ heures
Nom et adresse de l'OPCA		Catégorie d'organisme (voir notice, Cadre H)	70 _____

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 L'ANPE

Avis de l'ANPE concernant l'éligibilité de l'employeur à l'aide de l'État en raison de la situation du salarié _____ Situation donnant lieu au versement de l'aide de l'État _____
Entretien ANPE du _____ (Favorable = 1, Défavorable = 2) _____ (voir notice, cadre I) _____ 72

CADRE RÉSERVÉ À LA DDTEFP

_____ 73 _____ 74 _____ 75 _____ 76 _____

Date de réception _____

Date de l'enregistrement exprès ou de droit (J + 30) _____

Numéro d'enregistrement _____

CONTRAT DE QUALIFICATION ADULTE

Contrat de type particulier, pour les personnes sans emploi âgées de 26 ans et plus,
régi par les articles L. 981-1, L. 981-2 et L. 981-5, l'article 25 de la loi du 29 juillet 1998
modifié par l'article 143 de la loi de finances pour 2002 et
les décrets 2002-518 et 2002-519 du 16 avril 2002

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination		N° SIRET de l'établissement	1 _____ 14
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat		Nombre de salariés	15 _____ 18
		Téléphone	_____
	Code postal	Télécopie	_____
	19 _____ 23	Code APE	24 _____ 27
Activité principale			
Convention collective applicable (titre exact)			

LE SALARIÉ

Nom et prénom		Sexe (M=1, F=2)	28 _____	Nationalité	29 _____
Adresse		Date de naissance	30 _____ 31 _____ 32 _____ 33 _____	(voir notice, Cadre A)	
	Code postal	Niveau de formation actuel	34 _____	(voir notice, Cadre B)	
Diplômes obtenus	Intitulé des diplômes obtenus	Année d'obtention	35 _____	(voir notice, Cadre C)	
			36 _____ 37 _____	(voir notice, Cadre D)	
			38 _____ 39 _____		

Si le salarié était demandeur d'emploi inscrit à l'ANPE, indiquer depuis combien de mois 38 39

LE CONTRAT

Nature du contrat (CDI = 1, CDD = 2, Mission de travail temporaire = 3)	40 _____	Durée de la période qualification (si CDI), du CDD ou de la mission de travail temporaire	50 _____ 51 _____ mois
Début	41 _____ 42 _____ 43 _____ 44 _____ 45 _____	Durée hebdomadaire de travail (y compris le temps de formation)	52 _____ 53 _____ h/sem.
Fin de la période qualification (si CDI), du CDD ou de la mission de travail temporaire	46 _____ 47 _____ 48 _____ 49 _____	Salaires mensuel à l'embauche (voir notice, cadre E)	54 _____ 58 _____ €
			_____ % du _____ (remplir SMC ou SMC)

Période d'essai (s'il y a lieu) _____ Durée _____ Position dans la classification _____

Si des primes sont versées, indiquer leur montant mensuel _____ €

Emploi précis occupé _____

Cet emploi nécessite la mise en œuvre d'une formation renforcée à la sécurité (Oui = 1, Non = 2) _____

Organisme de prévoyance _____

LE TUTEUR

Nom, prénom et qualification _____

LA FORMATION GÉNÉRALE, PROFESSIONNELLE ET TECHNOLOGIQUE, HORS POSTE DE TRAVAIL

Intitulé précis de la qualification préparée		Type de qualification (voir notice, Cadre F)	59 _____
Période de l'examen ou de l'évaluation (le cas échéant)	mois _____ année _____	Spécialité de formation (voir notice, Cadre G)	60 _____ 61 _____
Nom et adresse de l'organisme de formation		Durée totale de la formation	62 _____ 65 _____ heures
Lieu de réalisation de la formation s'il est différent		Durée de la formation externe	66 _____ 69 _____ heures
Nom et adresse de l'OPCA		Catégorie d'organisme (voir notice, Cadre H)	70 _____

**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 L'ANPE

Avis de l'ANPE concernant l'éligibilité de l'employeur à l'aide de l'État en raison de la situation du salarié _____ Situation donnant lieu au versement de l'aide de l'État _____
Entretien ANPE du _____ (Favorable = 1, Défavorable = 2) _____ (voir notice, cadre I) _____ 72

CADRE RÉSERVÉ À LA DDTEFP

_____ 73 _____ 74 _____ 75 _____ 76 _____
Date de réception _____ Date de l'enregistrement exprès ou de droit (J + 30) _____ Numéro d'enregistrement _____

CONTRAT DE QUALIFICATION ADULTE

Contrat de type particulier, pour les personnes sans emploi âgées de 26 ans et plus,
régi par les articles L. 981-1, L. 981-2 et L. 981-5, l'article 25 de la loi du 29 juillet 1998
modifié par l'article 143 de la loi de finances pour 2002 et
les décrets 2002-518 et 2002-519 du 16 avril 2002

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination		N° SIRET de l'établissement	1 _____ 14
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat		Nombre de salariés	15 _____ 18
		Téléphone	_____
	Code postal	Télécopie	_____
	19 _____ 23		
Activité principale		Code APE	24 _____ 27
Convention collective applicable (titre exact)			

LE SALARIÉ

Nom et prénom		Sexe (M=1, F=2)	28 _____	Nationalité	29 _____
Adresse		Date de naissance	30 _____ 31 _____ 32 _____ 33 _____	(voir notice, Cadre A)	
	Code postal	Niveau de formation actuel	34 _____	(voir notice, Cadre B)	
Diplômes obtenus	Intitulé des diplômes obtenus	Année d'obtention	35 _____	(voir notice, Cadre C)	
	_____	_____	36 _____	(voir notice, Cadre D)	
	_____	_____	37 _____		
Si le salarié était demandeur d'emploi inscrit à l'ANPE, indiquer depuis combien de mois			38 _____	39 _____	

LE CONTRAT

Nature du contrat (CDI = 1, CDD = 2, Mission de travail temporaire = 3)	40 _____	Durée de la période qualification (si CDI), du CDD ou de la mission de travail temporaire	50 _____ 51 _____ mois
Début	41 _____ 42 _____ 43 _____ 44 _____ 45 _____	Durée hebdomadaire de travail (y compris le temps de formation)	52 _____ 53 _____ h/sem.
Fin de la période qualification (si CDI), du CDD ou de la mission de travail temporaire	46 _____ 47 _____ 48 _____ 49 _____	Salaires mensuel à l'embauche (voir notice, cadre E)	54 _____ 58 _____ €
			_____ % du _____ (remplir SMC ou SMC)

Période d'essai (s'il y a lieu) _____ Durée _____ Position dans la classification _____

Si des primes sont versées, indiquer leur montant mensuel _____ €

Emploi précis occupé _____

Cet emploi nécessite la mise en œuvre d'une formation renforcée à la sécurité (Oui = 1, Non = 2) _____

Organisme de prévoyance _____

LE TUTEUR

Nom, prénom et qualification _____

LA FORMATION GÉNÉRALE, PROFESSIONNELLE ET TECHNOLOGIQUE, HORS POSTE DE TRAVAIL

Intitulé précis de la qualification préparée		Type de qualification (voir notice, Cadre F)	59 _____
Période de l'examen ou de l'évaluation (le cas échéant)	mois _____ année _____	Spécialité de formation (voir notice, Cadre G)	60 _____ 61 _____
Nom et adresse de l'organisme de formation		Durée totale de la formation	62 _____ 65 _____ heures
Lieu de réalisation de la formation s'il est différent		Durée de la formation externe	66 _____ 69 _____ heures
Nom et adresse de l'OPCA		Catégorie d'organisme (voir notice, Cadre H)	70 _____

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 L'ANPE

Avis de l'ANPE concernant l'éligibilité de l'employeur à l'aide de l'État en raison de la situation du salarié _____ Situation donnant lieu au versement de l'aide de l'État _____
Entretien ANPE du _____ (Favorable = 1, Défavorable = 2) _____ (voir notice, cadre I) _____ 72 _____

CADRE RÉSERVÉ À LA DDTEFP

_____ 73 _____ 74 _____ 75 _____ 76 _____
Date de réception _____ Date de l'enregistrement exprès ou de droit (J + 30) _____ Numéro d'enregistrement _____

CONTRAT DE QUALIFICATION ADULTE

Contrat de type particulier, pour les personnes sans emploi âgées de 26 ans et plus,
régi par les articles L. 981-1, L. 981-2 et L. 981-5, l'article 25 de la loi du 29 juillet 1998
modifié par l'article 143 de la loi de finances pour 2002 et
les décrets 2002-518 et 2002-519 du 16 avril 2002

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination		N° SIRET de l'établissement	1 _____ 14
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat		Nombre de salariés	15 _____ 18
		Téléphone	_____
	Code postal	Télécopie	_____
	19 _____ 23	Code APE	24 _____ 27
Activité principale			
Convention collective applicable (titre exact)			

LE SALARIÉ

Nom et prénom		Sexe (M=1, F=2)	28 _____	Nationalité	29 _____
Adresse		Date de naissance	30 _____ 31 _____ 32 _____ 33 _____	(voir notice, Cadre A)	
	Code postal	Niveau de formation actuel	34 _____	(voir notice, Cadre B)	
Diplômes obtenus	Intitulé des diplômes obtenus	Année d'obtention	35 _____	(voir notice, Cadre C)	
	_____	_____	36 _____	(voir notice, Cadre D)	
	_____	_____	37 _____		
Si le salarié était demandeur d'emploi inscrit à l'ANPE, indiquer depuis combien de mois			38 _____	39 _____	

LE CONTRAT

Nature du contrat (CDI = 1, CDD = 2, Mission de travail temporaire = 3)	40 _____	Durée de la période qualification (si CDI), du CDD ou de la mission de travail temporaire	50 _____ 51 _____
Début	41 _____ 42 _____ 43 _____ 44 _____ 45 _____	Durée hebdomadaire de travail (y compris le temps de formation)	52 _____ 53 _____ h/sem.
Fin de la période qualification (si CDI), du CDD ou de la mission de travail temporaire	46 _____ 47 _____ 48 _____ 49 _____	Salaires mensuel à l'embauche (voir notice, cadre E)	54 _____ 58 _____ €
			_____ % du _____ (remplir SMC ou SMC)

Période d'essai (s'il y a lieu) _____ Durée _____ Position dans la classification _____

Si des primes sont versées, indiquer leur montant mensuel _____ €

Emploi précis occupé _____

Cet emploi nécessite la mise en œuvre d'une formation renforcée à la sécurité (Oui = 1, Non = 2) _____

Organisme de prévoyance _____

LE TUTEUR

Nom, prénom et qualification _____

LA FORMATION GÉNÉRALE, PROFESSIONNELLE ET TECHNOLOGIQUE, HORS POSTE DE TRAVAIL

Intitulé précis de la qualification préparée		Type de qualification (voir notice, Cadre F)	59 _____
Période de l'examen ou de l'évaluation (le cas échéant)	mois _____ année _____	Spécialité de formation (voir notice, Cadre G)	60 _____ 61 _____
Nom et adresse de l'organisme de formation		Durée totale de la formation	62 _____ 65 _____ heures
Lieu de réalisation de la formation s'il est différent		Durée de la formation externe	66 _____ 69 _____ heures
Nom et adresse de l'OPCA		Catégorie d'organisme (voir notice, Cadre H)	70 _____

**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 L'ANPE

Avis de l'ANPE concernant l'éligibilité de l'employeur à l'aide de l'État en raison de la situation du salarié _____ Situation donnant lieu au versement de l'aide de l'État _____
Entretien ANPE du _____ (Favorable = 1, Défavorable = 2) _____ (voir notice, cadre I) _____ 72 _____

CADRE RÉSERVÉ À LA DDTEFP

_____ 73 _____ 74 _____ 75 _____ 76 _____

Date de réception _____

Date de l'enregistrement exprès ou de droit (J + 30) _____

Numéro d'enregistrement _____