

A compléter par l'employeur pour l'instruction de toute demande de PEC CUI CAE

L'EMPLOYEUR									
Dénomination : LP JEAN MARIE MICHOTTE BD DE LA REPUBLIQUE 97302 CAYENNE N° SIRET : 19 97 309 46 000 19 <hr/> Identifiant convention collective : _____ (se référer au site www.travail.gouv.fr/idcc)	Effectif salarié au 31 Décembre 2020 : 776 L'employeur est-il un atelier et chantier d'insertion : OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> Si oui, numéro de l'annexe financière à la convention entre l'Etat et la structure porteuse : _____ Renouvellement CUI-CAE : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si OUI, n° de la convention : _____								
LE SALARIÉ									
Nom Prénom : _____ Numéro Identifiant (si salarié inscrit à Pôle emploi) : _____ N° AGDREF (si titre séjour) : _____ Date de validité du titre : _____									
Niveau de formation : _____ Le salarié est sans emploi depuis _____ mois Est-il bénéficiaire de l'AAH ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> Si bénéficiaire du RSA, n° allocataire : _____ relève de la CAF <input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> Si oui, depuis combien de temps : _____ mois RSA majoré OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>									
Le salarié déclare t-il être reconnu travailleur handicapé ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>									
LE CONTRAT DE TRAVAIL									
Type de contrat : CDI <input type="checkbox"/> CDD <input checked="" type="checkbox"/> Personnel TOS <input type="checkbox"/> Date d'embauche prévue : _____ Date de fin de contrat : _____ Emploi proposé : _____ Salaire brut mensuel : _____ Durée hebdomadaire de travail du salarié : _____ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Durée collective hebdomadaire de travail appliquée dans établissement : _____ Adresse d'exécution du contrat s'il est différent de l'adresse l'employeur : _____									
LES ACTIONS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE FORMATION PREVUES									
Nom et fonction du tuteur désigné par l'employeur : _____ Adresse mail du tuteur : _____ Organisme chargé du suivi et nom du référent : _____ Eventuellement actions d'accompagnement social : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>									
Action d'accompagnement professionnel Remobilisation vers l'emploi _____* Aide à la prise de poste 1* Elaboration du projet professionnel et appui à sa réalisation _____* Evaluation des capacités et des compétences 1* Aide à la recherche d'emploi _____* * Pour les actions prévues, indiquez qui est à l'initiative de l'action : 1 = employeur, 2 = salarié ou 3 = prescripteur ** Pour les actions de formation, précisez FORMACODE : 44542_____ Durée : 60_____H Libellé de la formation : Éducation et surveillance au sein d'établissements d'enseignement Objectif de la formation (voir codification ci-contre) : _____F_____	Action de formation** Adaptation au poste de travail 1_* Remise à niveau _____* Pré qualification _____* Acquisition de nouvelles compétences 2* Formation qualifiante Interne <input checked="" type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/>								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; padding: 2px;">OBJECTIF DE LA FORMATION :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">A Certification</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">B Professionnalisation</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">C Préparation à la qualification</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">D Remise à niveau, maîtrise des savoirs de base, initiation</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">E Mobilisation, aide à l'élaboration d'un projet professionnel</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">F Perfectionnement, élargissement des compétences</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">G Création d'entreprise</td></tr> </tbody> </table>		OBJECTIF DE LA FORMATION :	A Certification	B Professionnalisation	C Préparation à la qualification	D Remise à niveau, maîtrise des savoirs de base, initiation	E Mobilisation, aide à l'élaboration d'un projet professionnel	F Perfectionnement, élargissement des compétences	G Création d'entreprise
OBJECTIF DE LA FORMATION :									
A Certification									
B Professionnalisation									
C Préparation à la qualification									
D Remise à niveau, maîtrise des savoirs de base, initiation									
E Mobilisation, aide à l'élaboration d'un projet professionnel									
F Perfectionnement, élargissement des compétences									
G Création d'entreprise									
Si contrat initial : joindre impérativement le plan prévisionnel de formation externe du futur salarié (100h minimum pour un CDD de 12 mois). Si renouvellement : joindre impérativement les attestations de formation du salarié.									
Période de professionnalisation OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/> Si oui, niveau de qualification visé : _____									
Une de ces actions s'inscrivent-elles dans le cadre de la VAE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>									
Si CAE, envisagez-vous de mettre en œuvre des périodes d'immersion ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input checked="" type="checkbox"/>									

Ce relevé d'information doit parvenir à votre agence Pôle-Emploi Guyane, 30 jours avant la date de début de contrat. Pôle-Emploi vous adressera en retour la convention par mail, qui doit être signée par le(a) salarié(e), l'employeur et comporter le cachet de l'établissement. Le Cerfa doit nous être retourné impérativement avant la date d'embauche.

A défaut, la convention sera rejetée et l'aide ne sera pas attribuée.