

Dès la conclusion de la présente convention, vous devez impérativement conclure un contrat de travail avec le salarié et en adresser copie à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. Sauf circonstances particulières, soumises à l'appréciation du Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle, la date de début du contrat de travail doit être celle figurant sur la convention. En outre, la convention est conclue pour une durée de douze mois dans la limite d'une durée totale de soixante mois.

RÉMUNÉRATION

L'aide de l'État est calculée à partir du total de la rémunération brute, des cotisations patronales dues pour l'assurance-chômage, ainsi que celles au titre de la protection sociale complémentaire au sens de l'article 911-2 du code de la sécurité sociale, lorsque celles-ci résultent des dispositions législatives ou réglementaires ou de conventions ou d'accords collectifs rendus obligatoires par des dispositions législatives ou réglementaires. Le taux de prise en charge de l'aide de l'État, versée pour une durée maximale de cinq ans, est selon les publics, de :

- 60 % la première année d'exécution du contrat,
50 % la seconde année,
40 % la troisième année,
30 % la quatrième année,
20 % la cinquième année.

- 80 %, pour les 5 premières années d'exécution du contrat.

Le renouvellement d'une convention prise en charge à 50 % (taux en vigueur avant le 12 décembre 1998 à 0 heure) se fait au même taux.

La durée hebdomadaire de travail ne peut être inférieure à 30 heures, sauf pour les personnes rencontrant des difficultés qui ne leur permettent pas d'effectuer un horaire hebdomadaire de 30 heures. Le principe de cette aide est réexaminé tous les 12 mois.

Le versement de l'aide de l'État est effectué sous forme d'acomptes mensuels, calculés sur une base maximale de 130 h/mois.

L'aide de l'État est versée mensuellement par avance (sauf le dernier mois de la convention).

EXONÉRATION DE COTISATIONS

Le contrat emploi-consolidé donne lieu à exonération des cotisations à la charge de l'employeur dues au titre des assurances sociales, des accidents du travail, des allocations familiales, de la taxe sur les salaires, de la taxe d'apprentissage et des participations dues au titre de la formation professionnelle et de l'effort de construction. Ces exonérations sont dues sur la base d'un salaire plafonné à 120 % du SMIC horaire et pour une durée hebdomadaire de travail maximale de 30 heures.

FORMATION COMPLÉMENTAIRE

La participation de l'État s'effectue sur la base d'un montant horaire forfaitaire, dans la limite de 400 heures par salarié. Elle est versée à l'employeur ou à une association agréée par le Préfet.

RÉGIME D'ASSURANCE CHOMAGE

L'employeur se trouve obligatoirement dans l'une des situations suivantes :

- L'employeur de droit privé est soumis à l'obligation établie par l'article L 351-4 du code du travail. Il relève du régime général de garantie de ressources géré par l'UNEDIC.
- L'organisme employeur public (notamment collectivité territoriale ou établissement public) relève de l'article L. 351-12 du code du travail).
 - Il assume lui-même le risque de privation d'emploi de l'ensemble de ses salariés, y compris ceux embauchés sous contrat emploi-consolidé.
 - Il a choisi l'option irrévocable de se placer sous le régime de l'article L 351-4 pour l'ensemble de son personnel non fonctionnaire de l'état et adhère au régime général de garantie de ressources géré par l'UNEDIC.

POUR REMPLIR LES DOCUMENTS

Complétez intégralement la page 3/5 relative à la convention sur les 6 exemplaires.

- A la rubrique "entrée après CES : durée totale effectuée en CES chez un même employeur", il s'agit d'indiquer le nombre de mois effectués en CES chez un même employeur, dans les vingt quatre mois précédant l'embauche.
- le nouvel article L.322-4-8-1 ouvre le bénéfice du CEC aux personnes rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi.

L'employeur ne renseigne pas cette information qui est réservée à l'administration.

N'oubliez pas de coder les questions relatives à :

- statut de l'employeur
- secteur d'activité de l'employeur
- qualification du dernier emploi
- niveau de formation
- emploi proposé

ces questions faisant appel aux nomenclatures jointes en page suivante.

En outre, si vous bénéficiez d'un conventionnement avec l'Etat au titre de l'insertion par l'activité économique (exemple, certains chantiers d'insertion), vous voudrez bien cocher la case «OUI» située en face de l'intitulé «employeur conventionné L322-4-16» dans le cadre réservé aux informations sur les employeurs.

Transmettez **tous** les exemplaires de la convention à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP) en y joignant :

- un relevé d'identité bancaire ou postal de l'employeur ;
- pour les salariés de nationalité étrangère, la photocopie du titre autorisant l'accès au marché de l'emploi ;
- pour les bénéficiaires du RMI, l'attestation de la Caisse d'Allocations Familiales ou de la Mutualité Sociale Agricole ;
- toute pièce justifiant de l'appartenance à l'une des catégories de travailleurs handicapés bénéficiaires de l'obligation d'emploi visées à l'article L 323.3 du Code du Travail.

Vous devez conclure un contrat de travail avec le salarié et impérativement en adresser copie à la DDTEFP.

S'il y a formation complémentaire :

- organisée **dès la signature du contrat**, remplissez simultanément le volet relatif à la formation complémentaire et transmettez l'ensemble des exemplaires signés à la DDTEFP ;
- organisée **en cours de contrat**, remplissez le volet relatif à la formation complémentaire et transmettez-le, signé, à la DDTEFP.

POUR LE DÉROULEMENT DU CONTRAT

En cas de non conclusion ou de rupture du contrat de travail, vous devez en aviser immédiatement le CNASEA, la DDTEFP ainsi que l'URSSAF.

Si la Délégation Régionale du CNASEA est avisée tardivement d'une rupture de contrat et s'il ne reste aucun versement à effectuer, au titre de la présente convention ou d'une autre convention de même nature, au profit d'un même employeur, le CNASEA établira un ordre de reversement correspondant au montant des sommes indûment perçues en raison des heures de travail non effectuées.

En fin de convention, il est procédé à une régularisation des sommes versées par l'État au vu d'un état récapitulatif (fourni par le CNASEA) mentionnant pour chaque mois le nombre d'heures travaillées, le salaire brut mensuel, les cotisations d'assurance chômage, et les autres charges d'origine légale ou conventionnelle non exonérées. L'employeur a au plus un mois après la fin du contrat pour retourner l'état récapitulatif complété au CNASEA. **La copie du dernier bulletin de salaire sera jointe à l'envoi de l'état récapitulatif au CNASEA.**

TABLEAU 1 : STATUT DE L'EMPLOYEUR

- 1 Commune
- 2 Autre collectivité territoriale
- 3 Etablissement public administratif
- 4 Etablissement public industriel et commercial
- 5 Association, fondation
- 6 Autre personne morale chargée de la gestion d'un service public, mutuelle,...
- 7 Etablissement public d'enseignement (lycée, collège...)
- 8 Etablissement sanitaire public

TABLEAU 3 : QUALIFICATION DU DERNIER EMPLOI

- 0 Sortie du système scolaire
- 1 Autre inactif
- 2 Sans expérience professionnelle
- 3 Ouvrier non qualifié
- 4 Ouvrier qualifié
- 5 Contremaître, agent de maîtrise, cadre et ingénieur
- 6 Employé administratif
- 7 Employé de commerce
- 8 Employé de service
- 9 Autres

TABLEAU 2 : SECTEUR D'ACTIVITE DE L'EMPLOYEUR
Etablissement d'enseignement

- 01 Service administratif
 - 02 Service d'entretien des équipements
 - 03 Service de documentation
 - 04 Service de restauration
 - 05 Domaine de l'enseignement et de la recherche
- Etablissement hospitalier ou maison de retraite**
- 11 Service administratif
 - 12 Service d'entretien des équipements
 - 13 Service des soins
 - 14 Service de restauration
- 21 Agriculture, chasse, pêche et aquaculture
 - 22 Industries
 - 31 Assainissement et protection des espaces verts
 - 32 Entretien de locaux ou d'équipements collectifs hors d'espaces verts.
 - 33 Récupération et gestion de métaux et objets encombrants
 - 41 Rénovation et entretien d'immeubles et logements
 - 42 Restauration de monuments
 - 51 Restauration collective
 - 52 Hébergement de personnes
 - 61 Transports ferroviaires
 - 62 Autres moyens de transports
 - 71 Postes
- 81 Service de conseil et d'étude
 - 82 Service comptable ou financier
 - 83 Service de réception, diffusion et envoi de courrier
 - 84 Service de l'Etat civil
- Service d'action sociale**
- 91 en faveur du public
 - 92 en faveur des salariés de l'organisme employeur
- Service d'animation et encadrement**
- 93 en faveur des personnes âgées
 - 94 en faveur des personnes handicapées
 - 95 en faveur des enfants et des jeunes
 - 96 des activités sportives
 - 97 des activités culturelles
 - 98 des activités touristiques
 - 00 Autres

TABLEAU 4 : NIVEAU DE FORMATION

- 20 Formation de niveau égal ou supérieur à celui de la Licence ou des Écoles d'Ingénieurs
(Équivalent au niveau II ou I de l'Éducation Nationale)
- 30 Formation du niveau du Brevet de Technicien Supérieur ou du Diplôme des Instituts Universitaires de Technologie et de fin de premier cycle de l'enseignement supérieur
(Équivalent au niveau III de l'Éducation Nationale)
- 40 Formation de niveau équivalent à celui du Baccalauréat ou du Brevet de Technicien
(Diplôme non obtenu)
- 41 Diplôme obtenu du Baccalauréat ou du Brevet de Technicien
(Équivalent au niveau IV de l'Éducation Nationale)
- 50 Formation de niveau équivalent à celui du Brevet d'Études Professionnelles (BEP) et du Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP).
(Diplôme non obtenu)
- 51 Diplôme obtenu du Brevet d'Études Professionnelles (BEP) et du Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP)
(Équivalent au niveau V de l'Éducation Nationale)
- 60 Formation courte d'une durée maximum d'un an, conduisant au Certificat d'Éducation Professionnelle ou à toute autre attestation de même nature.
(Équivalent au niveau V bis de l'Éducation Nationale)
- 70 Pas de formation allant au-delà de la fin de la scolarité obligatoire
(Équivalent au niveau VI de l'Éducation Nationale)
- 80 Difficultés de communication écrite

TABLEAU 5 : EMPLOI PROPOSÉ

- 01 Jardinier
- 02 Autre profession liée à la nature et à l'environnement
- 03 Ouvrier du bâtiment
- 04 Ouvrier des travaux publics
- 05 Ouvrier polyvalent de maintenance et entretien
- 06 Autre ouvrier
- 07 Secrétaire bureautique et assimilé
- 08 Documentaliste et aide-documentaliste
- 09 Agent d'accueil et d'information (standardiste, hôtesse,...)
- 10 Agent administratif divers
- 11 Agent de restauration, serveur et cuisinier
- 12 Assistant maternel ou aide-assistant maternel
- 13 Assistant personnes âgées (aides diverses)
- 14 Assistant aux autres catégories de personnes
- 15 Agent de sécurité et de gardiennage
- 16 Agent d'entretien et nettoyage
- 17 animateur socio culturel
- 18 animateur sportif
- 19 Autre animateur ou éducateur
- 20 Surveillant d'établissement scolaire
- 21 Autre employé
- 22 Technicien et cadre

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

DÉLÉGATION GÉNÉRALE À L'EMPLOI
ET À LA FORMATION PROFESSIONNELLE

CONTRAT EMPLOI-CONSOLIDÉ

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT ET L'EMPLOYEUR

Article L 322-4-8-1 du Code du Travail
Décret n° 98-1109 du 9 décembre 1998

Cachet de la DDTEFP

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.



11620*01

CONTRAT EMPLOI - CONSOLIDÉ

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par le Préfet de département, ou, par délégation, le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et l'EMPLOYEUR

Cadre réservé à la DDTEFP

Rappel n° de convention

dept.	an	n° d'ordre	avenant
-------	----	------------	---------

Date de dépôt

L'EMPLOYEUR	
Dénomination : _____	N° SIRET : _____
Adresse : _____	Statut de l'employeur : (tableau 1) <input type="checkbox"/>
Code postal : _____	Employeur conventionné L322-4-16 : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Commune : _____	Secteur d'activité : (tableau 2) _____
Assurance chômage	Pour les communes, nb. d'hab. : _____
<input type="checkbox"/> l'employeur est affilié de plein droit à l'Assedic = 1 <input type="checkbox"/> l'employeur public assure lui-même ce risque = 2 Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur	Code assurance chômage : _____
Si l'adresse à laquelle les documents administratifs et financiers doivent être envoyés est différente de l'adresse ci-dessus, remplir la partie ci-dessous	Effectif salarié : _____
Adresse : _____	Dont nombre de : CEC _____
Code postal : _____	CES _____
Commune : _____	CEV _____
	NS-Emplois-jeunes _____
	Contrats en alternance _____
	(apprentissage, qualification, adaptation, orientation)
	Paiement par virement : bancaire <input type="checkbox"/> CCP <input type="checkbox"/>
	en Francs <input type="checkbox"/> en Euros <input type="checkbox"/>
	(ce choix s'appliquera à l'ensemble des paiements effectués sur ce RIB)

LE SALARIÉ	
M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Nom : _____	Prénom : _____
Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : _____	N° de S. S. : _____
Né(e) le _____ à : _____ dépt ou pays _____	Nationalité : France <input type="checkbox"/>
Adresse : _____	Union européenne <input type="checkbox"/>
Code postal : _____	Hors Union européenne <input type="checkbox"/>
Commune : _____	
Qualification du dernier emploi (tableau 3) _____	Niveau de formation : (tableau 4) _____
Entrée directe en CEC : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si entrée après CES : durée effectuée en CES chez le même employeur : _____ mois
SITUATION DU SALARIÉ AVANT L'ENTRÉE EN CES OU EN CEC SI ENTRÉE DIRECTE	
Le salarié est-il inscrit comme demandeur d'emploi ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Est-il bénéficiaire d'une allocation ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui : • depuis plus de 3 ans <input type="checkbox"/>	Si oui : • de l'allocation de solidarité spécifique <input type="checkbox"/>
• depuis 2 à 3 ans <input type="checkbox"/>	• de l'allocation unique dégressive <input type="checkbox"/>
• depuis 1 à 2 ans <input type="checkbox"/>	• de l'allocation parent isolé <input type="checkbox"/>
• depuis moins d'1 an <input type="checkbox"/>	• de l'allocation veuvage <input type="checkbox"/>
• Dans ce dernier cas, a-t-il été inscrit au moins 12 mois en plusieurs périodes au cours des derniers 18 mois ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	• du RMI, au titre d'allocataire = 1 ; de conjoint ou de concubin = 2 <input type="checkbox"/>
	Si oui : sans emploi depuis 1 an au moins (inscrit ou non à l'ANPE) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Est-il travailleur handicapé ou bénéficiaire de l'obligation d'emploi ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Ce contrat fait-il partie du programme TRACE ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

LE CONTRAT	
Durée indéterminée <input type="checkbox"/> Date d'embauche : _____ Date	Durée du contrat : _____ mois
Durée déterminée <input type="checkbox"/> Date d'embauche : _____ de fin : _____	Emploi proposé : (tableau 5) _____
Description de l'emploi : _____	Salaire brut mensuel : _____ francs
Adresse du lieu d'exercice de l'activité : _____	ou : _____ euros
Code postal : _____	Durée hebdomadaire : _____ heures
Commune : _____	

LA PRISE EN CHARGE (CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)	
Personne rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	• CODE ALE DU SALARIÉ _____
Date d'effet de la présente convention : _____	(à compléter même si non inscrit)
Au titre de la : 1 ^{re} année <input type="checkbox"/> 2 ^e année <input type="checkbox"/> 3 ^e année <input type="checkbox"/> 4 ^e année <input type="checkbox"/> 5 ^e année <input type="checkbox"/>	• ZONE URBAINE SENSIBLE _____
La rémunération est prise en charge par l'Etat à : 80 % <input type="checkbox"/>	
60 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 40 % <input type="checkbox"/> 30 % <input type="checkbox"/> 20 % <input type="checkbox"/>	Cofinancements éventuels : Conseil général _____ %
50 % <input type="checkbox"/> (voir notice)	autre _____ %

La présente convention ou le présent avenant est conclu pour une durée d'un an, renouvelable le cas échéant

Le versement de l'aide de l'État est assuré par le CNASEA.

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement. L'employeur déclare avoir pris connaissance des dispositions générales sur la notice jointe.

Fait le : _____ à _____

L'employeur ou son représentant
(Signature et cachet)

Pour l'État
(Signature et cachet)

Cadre réservé à la DDTEFP

Rappel n° de convention

dept. an n° d'ordre avenant

Date de dépôt

CONTRAT EMPLOI - CONSOLIDÉ

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par le Préfet de département, ou, par délégation, le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et l'EMPLOYEUR



L'EMPLOYEUR

Dénomination : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Assurance chômage l'employeur est affilié de plein droit à l'Assedic = 1
 l'employeur public assure lui-même ce risque = 2

Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur

Si l'adresse à laquelle les documents administratifs et financiers doivent être envoyés est différente de l'adresse ci-dessus, remplir la partie ci-dessous

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

N° SIRET : _____

Statut de l'employeur : (tableau 1)

Employeur conventionné L322-4-16 : oui non

Secteur d'activité : (tableau 2) _____

Pour les communes, nb. d'hab. : _____

Code assurance chômage :

Effectif salarié : _____

Dont nombre de : CEC _____
 CES _____
 CEV _____
 NS-Emplois-jeunes _____
 Contrats en alternance _____
 (apprentissage, qualification, adaptation, orientation)

Paiement par virement : bancaire CCP
 en Francs en Euros

(ce choix s'appliquera à l'ensemble des paiements effectués sur ce RIB)

LE SALARIÉ

M Mme Mlle Nom : _____ Prénom : _____

Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : _____ N° de S. S. : _____

Né(e) le _____ à : _____ dépt ou pays _____ Nationalité : France
 Union européenne
 Hors Union européenne

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Qualification du dernier emploi (tableau 3) _____ Niveau de formation : (tableau 4) _____

Entrée directe en CEC : oui non Si entrée après CES : durée effectuée en CES chez le même employeur : _____ mois

SITUATION DU SALARIÉ AVANT L'ENTRÉE EN CES OU EN CEC SI ENTRÉE DIRECTE

Le salarié est-il inscrit comme demandeur d'emploi ? oui non

Si oui : • depuis plus de 3 ans
 • depuis 2 à 3 ans
 • depuis 1 à 2 ans
 • depuis moins d'1 an
 • Dans ce dernier cas, a-t-il été inscrit au moins 12 mois en plusieurs périodes au cours des derniers 18 mois ? oui non

Est-il bénéficiaire d'une allocation ? oui non

Si oui : • de l'allocation de solidarité spécifique
 • de l'allocation unique dégressive
 • de l'allocation parent isolé
 • de l'allocation veuvage
 • du RMI, au titre d'allocataire = 1 ; de conjoint ou de concubin = 2

Si oui : sans emploi depuis 1 an au moins (inscrit ou non à l'ANPE) oui non

Est-il travailleur handicapé ou bénéficiaire de l'obligation d'emploi ? oui non

Ce contrat fait-il partie du programme TRACE ? oui non

LE CONTRAT

Durée indéterminée Date d'embauche : _____ Date _____

Durée déterminée Date d'embauche : _____ de fin : _____

Description de l'emploi : _____

Adresse du lieu d'exercice de l'activité : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Durée du contrat : _____ mois

Emploi proposé : (tableau 5) _____

Salaire brut mensuel : _____ francs
 ou : _____ euros

Durée hebdomadaire : _____ heures

LA PRISE EN CHARGE (CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)

Personne rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi : oui non

Date d'effet de la présente convention : _____

Au titre de la : 1^{re} année 2^e année 3^e année 4^e année 5^e année

La rémunération est prise en charge par l'Etat à : 80 %
 60 % 50 % 40 % 30 % 20 %

Cofinancements éventuels : Conseil général _____ %
 autre _____ %

• CODE ALE DU SALARIÉ _____
 (à compléter même si non inscrit)

• ZONE URBAINE SENSIBLE _____

La présente convention ou le présent avenant est conclu pour une durée d'un an, renouvelable le cas échéant
 Le versement de l'aide de l'État est assuré par le CNASEA.

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement. L'employeur déclare avoir pris connaissance des dispositions générales sur la notice jointe.

Fait le : _____ à _____

L'employeur ou son représentant
 (Signature et cachet)

Pour l'État
 (Signature et cachet)

CEC 1

Cadre réservé à la DDTEFP

Rappel n° de convention

dept.	an	n° d'ordre	avenant
-------	----	------------	---------

Date de dépôt

CONTRAT EMPLOI - CONSOLIDÉ

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par le Préfet de département, ou, par délégation, le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et l'EMPLOYEUR



L'EMPLOYEUR	
Dénomination : _____	N° SIRET : _____
Adresse : _____	Statut de l'employeur : (tableau 1) <input type="checkbox"/>
Code postal : _____	Employeur conventionné L322-4-16 : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Commune : _____	Secteur d'activité : (tableau 2) _____
Assurance chômage	Pour les communes, nb. d'hab. : _____
<input type="checkbox"/> l'employeur est affilié de plein droit à l'Assedic = 1 <input type="checkbox"/> l'employeur public assure lui-même ce risque = 2	Code assurance chômage : _____
Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur	Effectif salarié : _____
Si l'adresse à laquelle les documents administratifs et financiers doivent être envoyés est différente de l'adresse ci-dessus, remplir la partie ci-dessous	Dont nombre de : CEC _____
Adresse : _____	CES _____
Code postal : _____	CEV _____
Commune : _____	NS-Emplois-jeunes _____
	Contrats en alternance _____
	(apprentissage, qualification, adaptation, orientation)
	Paiement par virement : bancaire <input type="checkbox"/> CCP <input type="checkbox"/>
	en Francs <input type="checkbox"/> en Euros <input type="checkbox"/>
	(ce choix s'appliquera à l'ensemble des paiements effectués sur ce RIB)

LE SALARIÉ	
M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Nom : _____	Prénom : _____
Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : _____	N° de S. S. : _____
Né(e) le _____ à : _____ dépt ou pays _____	Nationalité : France <input type="checkbox"/>
Adresse : _____	Union européenne <input type="checkbox"/>
Code postal : _____	Hors Union européenne <input type="checkbox"/>
Qualification du dernier emploi (tableau 3) _____	Niveau de formation : (tableau 4) _____
Entrée directe en CEC : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si entrée après CES : durée effectuée en CES chez le même employeur : _____ mois
SITUATION DU SALARIÉ AVANT L'ENTRÉE EN CES OU EN CEC SI ENTRÉE DIRECTE	
Le salarié est-il inscrit comme demandeur d'emploi ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Est-il bénéficiaire d'une allocation ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui : • depuis plus de 3 ans <input type="checkbox"/>	Si oui : • de l'allocation de solidarité spécifique <input type="checkbox"/>
• depuis 2 à 3 ans <input type="checkbox"/>	• de l'allocation unique dégressive <input type="checkbox"/>
• depuis 1 à 2 ans <input type="checkbox"/>	• de l'allocation parent isolé <input type="checkbox"/>
• depuis moins d'1 an <input type="checkbox"/>	• de l'allocation veuvage <input type="checkbox"/>
• Dans ce dernier cas, a-t-il été inscrit au moins 12 mois en plusieurs périodes au cours des derniers 18 mois ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	• du RMI, au titre d'allocataire = 1 ; de conjoint ou de concubin = 2 <input type="checkbox"/>
	Si oui : sans emploi depuis 1 an au moins (inscrit ou non à l'ANPE) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Est-il travailleur handicapé ou bénéficiaire de l'obligation d'emploi ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Ce contrat fait-il partie du programme TRACE ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

LE CONTRAT	
Durée indéterminée <input type="checkbox"/> Date d'embauche : _____ Date	Durée du contrat : _____ mois
Durée déterminée <input type="checkbox"/> Date d'embauche : _____ de fin : _____	Emploi proposé : (tableau 5) _____
Description de l'emploi : _____	Salaire brut mensuel : _____ francs
Adresse du lieu d'exercice de l'activité : _____	ou : _____ euros
Code postal : _____	Durée hebdomadaire : _____ heures

LA PRISE EN CHARGE (CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)	
Personne rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	• CODE ALE DU SALARIÉ _____
Date d'effet de la présente convention : _____	(à compléter même si non inscrit)
Au titre de la : 1 ^{re} année <input type="checkbox"/> 2 ^e année <input type="checkbox"/> 3 ^e année <input type="checkbox"/> 4 ^e année <input type="checkbox"/> 5 ^e année <input type="checkbox"/>	• ZONE URBAINE SENSIBLE _____
La rémunération est prise en charge par l'Etat à : 80 % <input type="checkbox"/>	
60 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 40 % <input type="checkbox"/> 30 % <input type="checkbox"/> 20 % <input type="checkbox"/>	Cofinancements éventuels : Conseil général _____ %
50 % <input type="checkbox"/> (voir notice)	autre _____ %

La présente convention ou le présent avenant est conclu pour une durée d'un an, renouvelable le cas échéant

Le versement de l'aide de l'État est assuré par le CNASEA.

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement. L'employeur déclare avoir pris connaissance des dispositions générales sur la notice jointe.

Fait le : _____ à _____

L'employeur ou son représentant
(Signature et cachet)

Pour l'État
(Signature et cachet)

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Destinataires : 1^{er} ex. = CNASEA / 2^e ex. = DDTEFP / 3^e ex. = Employeur / 4^e ex. = Salarié / 5^e ex. = URSSAF / 6^e ex. = ASSÉDIC

Transmis au CNASEA le : _____

CEC 1

Cadre réservé à la DDTEFP

Rappel n° de convention

dept. an n° d'ordre avenant

Date de dépôt

CONTRAT EMPLOI - CONSOLIDÉ

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par le Préfet de département, ou, par délégation, le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et l'EMPLOYEUR



L'EMPLOYEUR

Dénomination : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Assurance chômage l'employeur est affilié de plein droit à l'Assedic = 1
 l'employeur public assure lui-même ce risque = 2

Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur

Si l'adresse à laquelle les documents administratifs et financiers doivent être envoyés est différente de l'adresse ci-dessus, remplir la partie ci-dessous

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

N° SIRET : _____

Statut de l'employeur : (tableau 1)

Employeur conventionné L322-4-16 : oui non

Secteur d'activité : (tableau 2) _____

Pour les communes, nb. d'hab. : _____

Code assurance chômage :

Effectif salarié : _____

Dont nombre de : CEC _____
 CES _____
 CEV _____
 NS-Emplois-jeunes _____
 Contrats en alternance _____
 (apprentissage, qualification, adaptation, orientation)

Paiement par virement : bancaire CCP
 en Francs en Euros

(ce choix s'appliquera à l'ensemble des paiements effectués sur ce RIB)

LE SALARIÉ

M Mme Mlle Nom : _____ Prénom : _____

Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : _____ N° de S. S. : _____

Né(e) le _____ à : _____ dépt ou pays _____ Nationalité : France
 Union européenne
 Hors Union européenne

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Qualification du dernier emploi (tableau 3) _____ Niveau de formation : (tableau 4) _____

Entrée directe en CEC : oui non Si entrée après CES : durée effectuée en CES chez le même employeur : _____ mois

SITUATION DU SALARIÉ AVANT L'ENTRÉE EN CES OU EN CEC SI ENTRÉE DIRECTE

Le salarié est-il inscrit comme demandeur d'emploi ? oui non

Si oui : • depuis plus de 3 ans
 • depuis 2 à 3 ans
 • depuis 1 à 2 ans
 • depuis moins d'1 an
 • Dans ce dernier cas, a-t-il été inscrit au moins 12 mois en plusieurs périodes au cours des derniers 18 mois ? oui non

Est-il bénéficiaire d'une allocation ? oui non

Si oui : • de l'allocation de solidarité spécifique
 • de l'allocation unique dégressive
 • de l'allocation parent isolé
 • de l'allocation veuvage
 • du RMI, au titre d'allocataire = 1 ; de conjoint ou de concubin = 2

Si oui : sans emploi depuis 1 an au moins (inscrit ou non à l'ANPE) oui non

Est-il travailleur handicapé ou bénéficiaire de l'obligation d'emploi ? oui non

Ce contrat fait-il partie du programme TRACE ? oui non

LE CONTRAT

Durée indéterminée Date d'embauche : _____ Date _____

Durée déterminée Date d'embauche : _____ de fin : _____

Description de l'emploi : _____

Adresse du lieu d'exercice de l'activité : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Durée du contrat : _____ mois

Emploi proposé : (tableau 5) _____

Salaire brut mensuel : _____ francs
 ou : _____ euros

Durée hebdomadaire : _____ heures

LA PRISE EN CHARGE (CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)

Personne rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi : oui non

Date d'effet de la présente convention : _____

Au titre de la : 1^{re} année 2^e année 3^e année 4^e année 5^e année

La rémunération est prise en charge par l'Etat à : 80 %
 60 % 50 % 40 % 30 % 20 %

Cofinancements éventuels : Conseil général _____ %
 autre _____ %

• CODE ALE DU SALARIÉ _____
 (à compléter même si non inscrit)

• ZONE URBAINE SENSIBLE _____

La présente convention ou le présent avenant est conclu pour une durée d'un an, renouvelable le cas échéant

Le versement de l'aide de l'État est assuré par le CNASEA.

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement. L'employeur déclare avoir pris connaissance des dispositions générales sur la notice jointe.

Fait le : _____ à _____

L'employeur ou son représentant
 (Signature et cachet)

Pour l'État
 (Signature et cachet)

Cadre réservé à la DDTEFP

Rappel n° de convention

dept. an n° d'ordre avenant

Date de dépôt

CONTRAT EMPLOI - CONSOLIDÉ

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par le Préfet de département, ou, par délégation, le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et l'EMPLOYEUR



L'EMPLOYEUR	
Dénomination : _____	N° SIRET : _____
Adresse : _____	Statut de l'employeur : (tableau 1) <input type="checkbox"/>
Code postal : _____	Employeur conventionné L322-4-16 : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Commune : _____	Secteur d'activité : (tableau 2) _____
Assurance chômage <input type="checkbox"/> l'employeur est affilié de plein droit à l'Assedic = 1	Pour les communes, nb. d'hab. : _____
<input type="checkbox"/> l'employeur public assure lui-même ce risque = 2	Code assurance chômage : _____
Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur	Effectif salarié : _____
Si l'adresse à laquelle les documents administratifs et financiers doivent être envoyés est différente de l'adresse ci-dessus, remplir la partie ci-dessous	Dont nombre de : CEC _____
Adresse : _____	CES _____
Code postal : _____	CEV _____
Commune : _____	NS-Emplois-jeunes _____
	Contrats en alternance _____
	(apprentissage, qualification, adaptation, orientation)
	Paiement par virement : bancaire <input type="checkbox"/> CCP <input type="checkbox"/>
	en Francs <input type="checkbox"/> en Euros <input type="checkbox"/>
	(ce choix s'appliquera à l'ensemble des paiements effectués sur ce RIB)

LE SALARIÉ	
M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Nom : _____	Prénom : _____
Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : _____	N° de S. S. : _____
Né(e) le _____ à : _____ dépt ou pays _____	Nationalité : France <input type="checkbox"/>
Adresse : _____	Union européenne <input type="checkbox"/>
Code postal : _____	Hors Union européenne <input type="checkbox"/>
Qualification du dernier emploi (tableau 3) _____	Niveau de formation : (tableau 4) _____
Entrée directe en CEC : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si entrée après CES : durée effectuée en CES chez le même employeur : _____ mois
SITUATION DU SALARIÉ AVANT L'ENTRÉE EN CES OU EN CEC SI ENTRÉE DIRECTE	
Le salarié est-il inscrit comme demandeur d'emploi ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Est-il bénéficiaire d'une allocation ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui : • depuis plus de 3 ans <input type="checkbox"/>	Si oui : • de l'allocation de solidarité spécifique <input type="checkbox"/>
• depuis 2 à 3 ans <input type="checkbox"/>	• de l'allocation unique dégressive <input type="checkbox"/>
• depuis 1 à 2 ans <input type="checkbox"/>	• de l'allocation parent isolé <input type="checkbox"/>
• depuis moins d'1 an <input type="checkbox"/>	• de l'allocation veuvage <input type="checkbox"/>
• Dans ce dernier cas, a-t-il été inscrit au moins 12 mois en plusieurs périodes au cours des derniers 18 mois ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	• du RMI, au titre d'allocataire = 1 ; de conjoint ou de concubin = 2 <input type="checkbox"/>
	Si oui : sans emploi depuis 1 an au moins (inscrit ou non à l'ANPE) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Est-il travailleur handicapé ou bénéficiaire de l'obligation d'emploi ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Ce contrat fait-il partie du programme TRACE ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

LE CONTRAT	
Durée indéterminée <input type="checkbox"/> Date d'embauche : _____	Durée du contrat : _____ mois
Durée déterminée <input type="checkbox"/> Date d'embauche : _____	Emploi proposé : (tableau 5) _____
Description de l'emploi : _____	Salaire brut mensuel : _____ francs
Adresse du lieu d'exercice de l'activité : _____	ou : _____ euros
Code postal : _____	Durée hebdomadaire : _____ heures

LA PRISE EN CHARGE (CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)	
Personne rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	• CODE ALE DU SALARIÉ _____
Date d'effet de la présente convention : _____	(à compléter même si non inscrit)
Au titre de la : 1 ^{re} année <input type="checkbox"/> 2 ^e année <input type="checkbox"/> 3 ^e année <input type="checkbox"/> 4 ^e année <input type="checkbox"/> 5 ^e année <input type="checkbox"/>	• ZONE URBAINE SENSIBLE _____
La rémunération est prise en charge par l'Etat à : 80 % <input type="checkbox"/>	
60 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 40 % <input type="checkbox"/> 30 % <input type="checkbox"/> 20 % <input type="checkbox"/>	Cofinancements éventuels : Conseil général _____ %
50 % <input type="checkbox"/> (voir notice)	autre _____ %

La présente convention ou le présent avenant est conclu pour une durée d'un an, renouvelable le cas échéant

Le versement de l'aide de l'État est assuré par le CNASEA.

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement. L'employeur déclare avoir pris connaissance des dispositions générales sur la notice jointe.

Fait le : _____ à _____

L'employeur ou son représentant
(Signature et cachet)

Pour l'État
(Signature et cachet)

Cadre réservé à la DDTEFP

Rappel n° de convention

dept. an n° d'ordre avenant

Date de dépôt

CONTRAT EMPLOI - CONSOLIDÉ

CONVENTION ENTRE L'ÉTAT, représenté par le Préfet de département, ou, par délégation, le Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle et l'EMPLOYEUR



L'EMPLOYEUR	
Dénomination : _____	N° SIRET : _____
Adresse : _____	Statut de l'employeur : (tableau 1) <input type="checkbox"/>
Code postal : _____	Employeur conventionné L322-4-16 : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Commune : _____	Secteur d'activité : (tableau 2) _____
Assurance chômage <input type="checkbox"/> l'employeur est affilié de plein droit à l'Assedic = 1	Pour les communes, nb. d'hab. : _____
<input type="checkbox"/> l'employeur public assure lui-même ce risque = 2	Code assurance chômage : _____
Fournir un RIB ou un RIP de l'employeur	Effectif salarié : _____
Si l'adresse à laquelle les documents administratifs et financiers doivent être envoyés est différente de l'adresse ci-dessus, remplir la partie ci-dessous	Dont nombre de : CEC _____
Adresse : _____	CES _____
Code postal : _____	CEV _____
Commune : _____	NS-Emplois-jeunes _____
	Contrats en alternance _____
	(apprentissage, qualification, adaptation, orientation)
	Paiement par virement : bancaire <input type="checkbox"/> CCP <input type="checkbox"/>
	en Francs <input type="checkbox"/> en Euros <input type="checkbox"/>
	(ce choix s'appliquera à l'ensemble des paiements effectués sur ce RIB)

LE SALARIÉ	
M <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Nom : _____	Prénom : _____
Pour les femmes mariées, nom de jeune fille : _____	N° de S. S. : _____
Né(e) le _____ à : _____ dépt ou pays _____	Nationalité : France <input type="checkbox"/>
Adresse : _____	Union européenne <input type="checkbox"/>
Code postal : _____	Hors Union européenne <input type="checkbox"/>
Commune : _____	
Qualification du dernier emploi (tableau 3) _____	Niveau de formation : (tableau 4) _____
Entrée directe en CEC : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si entrée après CES : durée effectuée en CES chez le même employeur : _____ mois
SITUATION DU SALARIÉ AVANT L'ENTRÉE EN CES OU EN CEC SI ENTRÉE DIRECTE	
Le salarié est-il inscrit comme demandeur d'emploi ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Est-il bénéficiaire d'une allocation ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui : • depuis plus de 3 ans <input type="checkbox"/>	Si oui : • de l'allocation de solidarité spécifique <input type="checkbox"/>
• depuis 2 à 3 ans <input type="checkbox"/>	• de l'allocation unique dégressive <input type="checkbox"/>
• depuis 1 à 2 ans <input type="checkbox"/>	• de l'allocation parent isolé <input type="checkbox"/>
• depuis moins d'1 an <input type="checkbox"/>	• de l'allocation veuvage <input type="checkbox"/>
• Dans ce dernier cas, a-t-il été inscrit au moins 12 mois en plusieurs périodes au cours des derniers 18 mois ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	• du RMI, au titre d'allocataire = 1 ; de conjoint ou de concubin = 2 <input type="checkbox"/>
	Si oui : sans emploi depuis 1 an au moins (inscrit ou non à l'ANPE) oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
	Est-il travailleur handicapé ou bénéficiaire de l'obligation d'emploi ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Ce contrat fait-il partie du programme TRACE ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

LE CONTRAT	
Durée indéterminée <input type="checkbox"/> Date d'embauche : _____ Date	Durée du contrat : _____ mois
Durée déterminée <input type="checkbox"/> Date d'embauche : _____ de fin : _____	Emploi proposé : (tableau 5) _____
Description de l'emploi : _____	Salaire brut mensuel : _____ francs
Adresse du lieu d'exercice de l'activité : _____	ou : _____ euros
Code postal : _____	Durée hebdomadaire : _____ heures
Commune : _____	

LA PRISE EN CHARGE (CADRE RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION)	
Personne rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	• CODE ALE DU SALARIÉ _____
Date d'effet de la présente convention : _____	(à compléter même si non inscrit)
Au titre de la : 1 ^{re} année <input type="checkbox"/> 2 ^e année <input type="checkbox"/> 3 ^e année <input type="checkbox"/> 4 ^e année <input type="checkbox"/> 5 ^e année <input type="checkbox"/>	• ZONE URBAINE SENSIBLE _____
La rémunération est prise en charge par l'Etat à : 80 % <input type="checkbox"/>	
60 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 40 % <input type="checkbox"/> 30 % <input type="checkbox"/> 20 % <input type="checkbox"/>	Cofinancements éventuels : Conseil général _____ %
50 % <input type="checkbox"/> (voir notice)	autre _____ %

La présente convention ou le présent avenant est conclu pour une durée d'un an, renouvelable le cas échéant

Le versement de l'aide de l'État est assuré par le CNASEA.

Le contrôle de l'application de cette convention est effectué par la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle. En cas de non exécution de la présente convention, les sommes déjà versées font l'objet d'un ordre de reversement. L'employeur déclare avoir pris connaissance des dispositions générales sur la notice jointe.

Fait le : _____ à _____

L'employeur ou son représentant
(Signature et cachet)

Pour l'État
(Signature et cachet)

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant. Votre demande doit être adressée au Directeur Départemental du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Destinataires : 1^{er} ex. = CNASEA / 2^e ex. = DDTEFP / 3^e ex. = Employeur / 4^e ex. = Salarié / 5^e ex. = URSSAF / 6^e ex. = ASSEDIC

Transmis au CNASEA le : _____

CEC 1