

FICHE DE LIAISON ALTERNANCE

ALTERNANT / EMPLOYEUR / UPPA

ANNÉE UNIVERSITAIRE 20 __ - 20 __

Licence Professionnelle

Mention :

Parcours :

Contrat d'apprentissage

Contrat de professionnalisation

(En savoir plus sur les contrats d'alternance : site du [Ministère du travail](#))

NOM :

Prénom :

L'ALTERNANT

Conformément à la carte d'identité ou passeport

NOM de naissance : NOM d'usage (si différent) :

Prénom(s) : N° Sécurité Sociale (15 caractères) :

Adresse : CP : Ville :

Téléphone : Courriel :

Nationalité : Français Ressortissant UE (.....) Étranger hors UE (.....)

Date de naissance : Commune de naissance :

Statut avant ce contrat (durant l'année 2024-2025) :

Étudiant (Intitulé de la formation : Etablissement : Dépt :))

Apprenti (Nom du précédent CFA : Courriel :

Tél.: N° d'enregistrement du précédent contrat (15 chiffres) :

Contrat de professionnalisation

Salarié

Stagiaire formation professionnelle

Demandeur d'emploi (N° d'identification France Travail :

Autre (préciser) :

Intitulé du dernier diplôme obtenu : Année d'obtention :

L'alternant est-il en situation de handicap ? Oui Non

Pour toutes questions sur des besoins d'aménagement, contacter les [référentes handicap de la DFTLV](#).

Dérogations à l'âge limite de 29 ans révolus :

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé (RQTH) : Oui Non

Déclare être bénéficiaire de l'obligation d'emploi (BOE) : Oui Non

Déclare relever du dispositif « Equivalence Jeunes » (PCH/AEEH/PPS) : Oui Non

Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : Oui Non

POUR LES APPRENTIS uniquement :

1^{er} contrat conclu par l'apprenti Nouveau contrat chez le même employeur

Nouveau contrat chez un autre employeur Nouveau contrat suite à la rupture d'un précédent contrat

L'EMPLOYEUR

Raison sociale : N° SIRET :

Adresse de l'établissement correspondant au SIRET ci-dessus :

Complément :

CP : Ville : Code NAF/APE :

Code IDCC (Identifiant Convention Collective) : OPCO :

Lieu d'exécution de l'alternance (si différent) :

Complément :

CP : Ville :

Type d'employeur : Privé Public Nombre de salariés :

Contact administratif :

NOM et Prénom : Fonction :

Tél. (ligne directe) : Courriel :

Contact Facturation (si différent) :

NOM et Prénom : Fonction :

Tél. (ligne directe) : Courriel :

Dirigeant ou Responsable (signataire de la convention) :

NOM et Prénom : Fonction :

Tél. (ligne directe) : Courriel :

Maître d'Apprentissage n°1 / Tuteur dans l'entreprise :

Civilité : M. Mme NOM de naissance et Prénom :

Date de naissance : Tél.: Courriel :

Emploi occupé :

Intitulé du diplôme ou titre le plus élevé obtenu : Niveau : 0 (Aucun)

3 (CAP/BEP) 4 (Bac) 5 (DEUG/BTS/DUT/DEUST) 6 (Licence/LP/BUT/Maîtrise) 7 (Master/DEA/DESS/Ingénieur) 8 (Doctorat)

Maître d'Apprentissage n°2 ou Responsable du suivi sur le livret électronique de l'alternant (si différent) :

Civilité : M. Mme NOM de naissance et Prénom :

Date de naissance : Tél.: Courriel :

Emploi occupé :

Intitulé du diplôme ou titre le plus élevé obtenu : Niveau : 0 (Aucun)

3 (CAP/BEP) 4 (Bac) 5 (DEUG/BTS/DUT/DEUST) 6 (Licence/LP/BUT/Maîtrise) 7 (Master/DEA/DESS/Ingénieur) 8 (Doctorat)

LE CONTRAT

CDI CDD Dates de début et de fin du contrat envisagées : du au (*)

Durée hebdomadaire du travail : h min Régime social : 1-MSA 2-URSSAF

Caisse de retraite complémentaire (obligatoire) :

Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : Oui Non

(*) Sous réserve de la conformité avec la réglementation, contrôlée par le service Alternance

LA MISSION DE L'ALTERNANT

Poste occupé ou intitulé de la mission :

.....

Descriptif de la mission confiée à l'alternant (activités, fonctions et/ou tâches) :

Objectifs et résultats attendus :

La progressivité des apprentissages doit apparaître sur la définition des missions confiées. Cela peut se traduire de 2 manières (au choix) :

- *Chaque objectif à long terme peut être décomposé en objectifs intermédiaires à court et moyen termes.*
- *Des objectifs différents selon les périodes, témoignant d'une montée en compétences sur le métier, peuvent être fixés, par anticipation.*

Compétences à mobiliser ou à développer (compétences techniques, transversales, etc.) :

Pour plus d'informations, voir la fiche RNCP du diplôme préparé sur le [site web de France Compétences](#).

La liste établie par le Tuteur en entreprise pourra être complétée par le Responsable de formation.

Aménagements particuliers et/ou moyens mis à disposition de l'alternant (matériels, humains, logiciels, etc.) :

Si l'alternant est en situation de handicap, merci d'indiquer ici les éventuels aménagements de poste et/ou mesures d'accompagnement renforcé.

Consulter les [politiques de protection des données des étudiants et personnes externes \(Loi « informatique et libertés »\)](#).

Les signataires reconnaissent avoir pris connaissance et/ou avoir transmis à la personne concernée par la formation les [conditions générales de vente](#) disponibles sur le site de la DFTLV.

Date : Signature obligatoire de l'alternant :	Date : Signature obligatoire du maître d'apprentissage / tuteur :	Date : Signature obligatoire du responsable de formation :
--	--	---

LES ÉTAPES

1. L'alternant envoie la fiche de liaison **signée** au responsable de formation pour validation
2. Le responsable de formation la transmet à la DFTLV pour établissement des documents contractuels
3. La DFTLV envoie le cerfa prérempli et la convention de formation à l'employeur

LES CONTACTS

DFTLV – Service Alternance :

05 59 40 78 88

alternance@univ-pau.fr

Référentes handicap DFTLV :

05 59 40 78 88

fp.handi@univ-pau.fr