



L'EMPLOYEUR

Raison sociale
Adresse

Adresse d'exécution de l'immersion si différente :

N° SIRET

Nom et Prénom du correspondant de l'immersion :

Mail :

SPECIMEN

LE BÉNÉFICIAIRE

N° Identifiant :

Nom d'usage:
Pour les femmes, nom
de famille :

Prénom :

NIR :

Né(e) le : à :

Département :

Téléphone :

Adresse :

Personne à contacter en cas d'urgence Nom et Prénom :

Téléphone :

Si le bénéficiaire est salarié, SIRET de l'entreprise :

IMMERSION

Date de début :

Date de fin :

Emploi concerné :

Objet de l'immersion : Découvrir un métier
*Confirmer un projet professionnel
Initier une démarche de recrutement

Activités à observer :

ORGANISATION DE L'IMMERSION

Horaire :

Mise à disposition d'équipement de protection individuelle Oui Non

Si oui, lesquels :

Autres mesures de prévention Oui Non

Si oui, lesquelles :

Merci de bien vouloir compléter l'ensemble des éléments. Tout document incomplet ne pourra être traité.