

## MODELE DE LETTRE D'ENGAGEMENT

### A l'attention des utilisateurs du présent modèle

*Les parties peuvent convenir d'une lettre d'engagement jusqu'à la veille de l'embauche. La lettre d'engagement traduit l'intention des parties de conclure un contrat de travail. Si elle n'est pas suivie de la rédaction d'un contrat de travail, elle est assimilée à celui-ci, sous réserve de contenir tous les éléments obligatoires du contrat de travail, prévus à l'article 41-1 du socle commun et à l'article 128-1 du socle spécifique « salarié du particulier employeur ». Elle peut être adaptée aux particularités de la relation de travail à condition qu'elle ne prévoit pas de dispositions moins favorables que les règles applicables.*

*Le présent modèle peut constituer une base, et peut être complété et adapté par les parties, au regard notamment de leurs situations respectives, et des fonctions confiées au salarié.*

**Ce modèle présente une valeur indicative et non conventionnelle.**

*Pour faciliter l'utilisation du présent modèle, des commentaires sont insérés en italique (et en bleu). Ils sont à supprimer du document définitif remis au salarié*

M./Mme [Nom, prénom du salarié] .....  
[Adresse du salarié] .....

### **Objet : Lettre d'engagement**

[Choisir entre] Madame/Monsieur,

Je, soussigné(e) [Choisir entre] Madame/Monsieur [Nom, prénom du particulier employeur]....., demeurant au [Adresse du particulier employeur]....., immatriculé(e) sous le numéro employeur suivant : .....  
[S'il est connu au moment de l'établissement de la lettre d'engagement ; le cas échéant, cocher la case et indiquer le numéro d'immatriculation]

- CESU .....
- PAJEMPLOI .....
- URSSAF .....
- MSA .....

Vous confirme votre embauche, [Choisir entre] Madame/Monsieur, [Nom, prénom du salarié]....., de nationalité [Nationalité du salarié – Le cas échéant indiquer le titre de séjour et sa date d'expiration] .....  
domicilié(e) au [Adresse du salarié] .....  
et immatriculé(e) à la sécurité sociale sous le numéro [Numéro de sécurité sociale du salarié], .....

A compter du [Date du début du contrat]....., en contrat à durée indéterminée en qualité de [Emploi repère du salarié] ..... , classé au niveau [Classification] ..... de la convention collective nationale de la branche du secteur des particuliers employeurs et de l'emploi à domicile, applicable à la relation de travail référencée sous le numéro IDCC 3239. [Pour déterminer l'emploi-repère du salarié, il convient de se référer à la grille de classification figurant à l'annexe 7 de la convention collective. Il est également possible d'utiliser le simulateur mis à disposition par les partenaires sociaux : <https://www.simulateuremploisalarieduparticulieremployeur.fr/classification/simulateur/new/choix-type-domaine> ]

Le cas échéant *[Choisir entre les deux options suivantes]* :

- vous serez également en charge des activités complémentaires suivantes :
  - .....
  - .....
- les activités complémentaires ne pouvant pas être identifiées lors de la conclusion de la lettre d'engagement, pourront être définies ultérieurement lors de la rédaction du contrat de travail.

Votre embauche ne sera définitive qu'à l'issue d'une période d'essai de *[Indiquer la période]*.....  
renouvelable une fois pour la même durée.

*[La période d'essai n'est pas automatique et les parties peuvent décider d'y renoncer. En cas de période d'essai, la durée maximale de celle-ci en contrat de travail à durée indéterminée est fixée à un mois, renouvelable une fois pour la même durée. Avant de renouveler la période d'essai, l'employeur en informe le salarié par écrit].*

Toute suspension qui se produirait pendant la période d'essai (maladie, congés... ) prolongerait d'autant la durée de cette période, qui doit correspondre à un travail effectif.

*[OPTION A supprimer si le salarié n'effectue pas de conduite automobile ou s'il utilise le véhicule du particulier employeur]*

Pour la réalisation de vos activités professionnelles, vous serez amené(e) à conduire votre véhicule personnel. A la date d'établissement de la présente lettre d'engagement, votre assurance automobile est enregistrée sous le nom et l'adresse suivants *[Nom et adresse]* :  
..... et référencée sous N° de police ci-dessous indiqué:  
.....

A ce titre, vous percevrez une indemnité kilométrique calculée sur la base .. *[Indiquer la base de calcul du montant de l'indemnité kilométrique. Le montant de l'indemnité kilométrique ne peut pas être inférieur au barème de l'administration ni supérieur au barème fiscal].*

Votre lieu de travail est : .....

*[Indiquer le lieu de travail du salarié qui correspond au domicile du particulier employeur, et/ou à l'adresse de sa résidence secondaire, à l'exclusion de tous locaux liés à l'activité professionnelle du particulier employeur.]*

Votre durée hebdomadaire de travail *[après conversion des heures de présence responsable de jour, le cas échéant.]* est : .....

*[OPTION Lorsque le salarié doit réaliser des heures de présence responsable de jour, il est rappelé que cela ne s'applique qu'aux salariés relevant des emplois-repères du domaine « Adulte » et du domaine « Enfant », à supprimer dans le cas contraire...]*

Vous serez amené(e) à réaliser des heures de présence responsable de jour, sur les jours suivants :  
*[Compléter pour chaque jour le nombre d'heures de présence responsable de jour convenu]*

- Lundi ..... heures de présence responsable de jour
- Mardi ..... heures de présence responsable de jour
- Mercredi ..... heures de présence responsable de jour
- Jeudi..... heures de présence responsable de jour

- Vendredi ..... heures de présence responsable de jour
- Samedi ..... heures de présence responsable de jour
- Dimanche ..... heures de présence responsable de jour

*[Les heures de présence responsable de jour sont celles durant lesquelles le salarié peut utiliser son temps pour lui tout en restant vigilant. Une heure de présence responsable de jour équivaut aux 2/3 d'une heure de travail effectif].*

**[OPTION** *En cas de présence de nuit, lorsque l'embauche envisagée relève du domaine « adulte » et « enfant », hors garde malade de nuit]*

Dans le cadre de vos fonctions, vous réaliserez de la présence de nuit, impliquant pour vous l'obligation de dormir sur place dans une pièce séparée, pour les nuits suivantes : *[Indiquer les nuits où le salarié sera présent à votre domicile]* .....

*[Information à destination des parties : la présence de nuit ne peut être prévue sur plus de 5 nuits consécutives qu'à la demande écrite du salarié ou du particulier employeur, et sous réserve de l'acceptation écrite des parties, dans le respect des règles du repos hebdomadaire. Cela vise à répondre à des besoins spécifiques du particulier employeur nécessitant une présence la nuit en raison notamment de son état de santé et/ou de dépendance, son handicap, son âge, et/ou son isolement social et/ou familial]*

**[OPTION** *A supprimer si le salarié ne réalise pas de présence de nuit]*

La plage horaire de présence de nuit sera la suivante : .....

*[Information à destination des parties : la plage horaire de la nuit est comprise entre 20h et 6h30. Les parties peuvent aménager cette plage horaire en avançant le début de la présence de nuit et/ou en retardant la fin de la présence de nuit dans la limite d'1h30. La présence de nuit ne peut pas excéder 12 heures consécutives]*

Votre rémunération sera calculée sur la base d'un salaire horaire brut<sup>3</sup> de .....euros et vous sera versée le ..... du mois en cours. *[Le salaire horaire prévu au contrat ne peut pas être inférieur au salaire horaire minimum conventionnel et au salaire horaire minimum de croissance en vigueur. Le paiement du salaire est obligatoirement effectué, tous les mois, par le particulier employeur].*

**[OPTION** *A supprimer si le salarié ne réalise pas de présence de nuit]*

La présence de nuit sera mensuellement rémunérée par une indemnité forfaitaire dépendant du nombre de nuits effectuées au cours du mois. *[Le montant de l'indemnité forfaitaire à verser au salarié par mois est calculé comme suit : indemnité forfaitaire par nuit x nombre de nuits].*

Cette indemnité est égale à :

- euros bruts par nuit lorsque vous êtes appelé(e) à intervenir moins de 2 fois au cours de la nuit. *[Le montant de l'indemnité forfaitaire ne peut pas être inférieur à 1/4 du salaire contractuel versé pour une durée de travail effectif équivalente. L'indemnité forfaitaire minimale par nuit se calcule donc ainsi : Salaire horaire brut x ¼ x plage horaire de nuit].*
- euros bruts par nuit lorsque vous êtes appelé(e) à intervenir 2 ou 3 fois au cours de la nuit. *[Le montant de l'indemnité forfaitaire ne peut pas être inférieur à 1/3 du salaire contractuel versé pour une durée de travail effectif équivalente. L'indemnité forfaitaire minimale par nuit se calcule donc ainsi : Salaire horaire brut x 1/3 x plage horaire de nuit].*

---

<sup>3</sup> Salaire brut : montant du salaire avant la retenue des cotisations salariales

*[Si certaines nuits le salarié est appelé à intervenir au moins 4 fois, l'indemnité due pour la durée d'intervention correspond au salaire contractuel versé pour une durée de travail effectif équivalente, sur la base de son salaire horaire contractuel. L'indemnité forfaitaire pour la présence de nuit restante est égale à 1/3 du salaire contractuel versé pour une durée de travail effectif équivalente].*

*[OPTION A supprimer si aucune prestation en nature n'est fournie au salarié]*

Vous bénéficierez des prestations en nature suivantes, qui seront déduites de la rémunération nette, à hauteur du/des montants mensuels suivants :

- Repas .....euros par jour travaillé
- Logement.....euros par mois

*[OPTION A supprimer si le salarié n'utilise aucun véhicule dans le cadre de son activité]*

Par ailleurs, et compte tenu de la conduite d'un véhicule pour la réalisation de vos activités professionnelles, vous percevrez *[Choisir entre les deux possibilités, ces montants sont librement négociés entre les parties]* :

- Une prime forfaitaire de..... € bruts *[Indiquer le montant par semaine, mois ou au cas par cas, pour chaque utilisation du véhicule. A titre d'illustration, les parties peuvent convenir que la prime forfaitaire ne sera pas versée pendant les semaines de vacances scolaires. Autre exemple, les parties peuvent s'accorder sur le montant de la prime forfaitaire pour les déplacements médicaux des personnes âgées.]* ;
- Une majoration salariale de ..... € bruts *[Indiquer le montant inclus dans le salaire horaire mentionné ci-dessus ou préciser le montant de la majoration salariale si celle-ci n'est pas incluse dans le salaire horaire].*

*[OPTION A supprimer s'il n'y a pas de périodes non travaillées prévues]*

Je vous informe que les périodes suivantes ne seront pas travaillées *[Indiquer précisément les dates ou les périodes non travaillées]* :

- .....
- .....

Les heures non effectuées au cours de ces périodes seront déduites de votre salaire mensuel.

Votre jour de repos hebdomadaire est fixé le ..... *[Le dimanche, de préférence, auquel s'ajoute un repos hebdomadaire consécutif de 11 heures]*

Les jours fériés sont *[Choisir l'option retenue et supprimer les autres]* :

- Travaillés
- Chômés
- Travaillés sont les suivants : *[A compléter]* .....

Enfin, vous bénéficierez des congés payés conformément aux dispositions de la convention collective.

Fait à .....le.....en 2 exemplaires

*[Un exemplaire est remis au salarié et l'autre conservé par le particulier employeur]*

**Signature du (des) particulier(s) employeur(s)**  
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)

**Signature du salarié**  
(précédée de la mention « Lu et approuvé »)