

(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa de remplir ce document)

Mode contractuel de l'apprentissage ☐

L'EMPLOYEUR

☐ employeur privé

☐ employeur « public »*

Nom et prénom ou dénomination :

N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

Type d'employeur : ☐

N° : Voie :

Employeur spécifique : ☐

Complément :

Code activité de l'entreprise (NAF) :

Code postal :

Effectif total salariés de l'entreprise :

Commune :

Téléphone :

Convention collective applicable :

Courriel : @

Code IDCC de la convention :

*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage : ☐

L'APPRENTI(E)

Nom de naissance de l'apprenti(e) :

Prénom de l'apprenti(e) :

NIR de l'apprenti(e)* :

**Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre L.6353-10 du code du travail*

Date de naissance :

Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse de l'apprenti(e) :

N° Voie :

Département de naissance :

Complément :

Commune de naissance :

Code postal :

Nationalité : ☐ Régime social : ☐

Commune :

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs,
entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau :
☐ oui ☐ non

Téléphone :

Courriel : @

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur
handicapé : ☐ oui ☐ non

Représentant légal (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)

Nom de naissance et prénom :

Situation avant ce contrat : ☐

Adresse du représentant légal :

N° Voie :

Dernier diplôme ou titre préparé :

Complément :

Dernière classe / année suivie :

Code postal :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Commune :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1

Nom de naissance :

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Prénom :

Prénom :

Date de naissance :

Date de naissance :

☐ L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.

LE CONTRAT			
Type de contrat ou d'avenant : <input type="text"/>		Type de dérogation : <input type="text"/> à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat	
Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : <input type="text"/>			
Date de conclusion : (Date de signature du présent contrat)	Date de début d'exécution du contrat :	Si avenant, date d'effet :	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : <input type="text"/>		Durée hebdomadaire du travail : <input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes	
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Rémunération		* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)	
1 ^{re} année, du <input type="text"/> au <input type="text"/>	: <input type="text"/> % du <input type="text"/>	*; du <input type="text"/> au <input type="text"/>	: <input type="text"/> % du <input type="text"/>
2 ^{ème} année, du <input type="text"/> au <input type="text"/>	: <input type="text"/> % du <input type="text"/>	*; du <input type="text"/> au <input type="text"/>	: <input type="text"/> % du <input type="text"/>
3 ^{ème} année, du <input type="text"/> au <input type="text"/>	: <input type="text"/> % du <input type="text"/>	*; du <input type="text"/> au <input type="text"/>	: <input type="text"/> % du <input type="text"/>
4 ^{ème} année, du <input type="text"/> au <input type="text"/>	: <input type="text"/> % du <input type="text"/>	*; du <input type="text"/> au <input type="text"/>	: <input type="text"/> % du <input type="text"/>
Salaire brut mensuel à l'embauche :		Caisse de retraite complémentaire :	
<input type="text"/> , <input type="text"/> €		<input type="text"/>	
Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : <input type="text"/> , <input type="text"/> € / repas Logement : <input type="text"/> , <input type="text"/> € / mois Autre : <input type="text"/>			

LA FORMATION		
CFA d'entreprise : oui non	Diplôme ou titre visé par l'apprenti :	<input type="checkbox"/>
Dénomination du CFA responsable :	Intitulé précis :	
N° UAI du CFA :	Code du diplôme :	
N° SIRET CFA :	Code RNCP :	
Adresse du CFA responsable :	Organisation de la formation en CFA :	
N° Voie :	Date de début du cycle de formation :	
Complément :		
Code postal :	Date prévue de fin des épreuves ou examens :	
Commune :	Durée de la formation :	heures
Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :		
<input type="checkbox"/> L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat		
Fait à :		
<i>Signature de l'employeur</i>	<i>Signature de l'apprenti(e)</i>	<i>Signature du représentant légal de l'apprenti(e) mineur(e)</i>

CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME EN CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT	
Nom de l'organisme :	N° SIRET de l'organisme :
Date de réception du dossier complet :	Date de la décision :
N° de dépôt :	Numéro d'avenant :