

**Mode contractuel de l'apprentissage X**

L'EMPLOYEUR	X employeur privé	X employeur « public »*
<b>Nom et prénom ou dénomination :</b> H A N R Y S	<b>N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :</b> 3 4 5 0 3 9 4 1 6 0 0 0 8 5	
<b>Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :</b>	<b>Type d'employeur :</b> Z D	
<b>N° :</b> 1 2 2 <b>Voie :</b> 3	<b>Employeur spécifique :</b> Z D	
<b>Complément :</b> 4	<b>Code activité de l'entreprise (NAF) :</b> Z D	
<b>Code postal :</b> Z D	<b>Effectif total salariés de l'entreprise :</b> Z D	
<b>Commune :</b> Z D	<b>Convention collective applicable :</b> Z D	
<b>Téléphone :</b> 0 7 8 8 9 8 3 3 9 8	<b>Code IDCC de la convention :</b> Z D	
<b>Courriel :</b> HELLO@GMAIL.COM		
<b>*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage :</b> X		

**L'APPRENTI(E)**

<b>Nom de naissance de l'apprenti(e) :</b> T E S T	<b>Date de naissance :</b> 1 9 8 8 - 0 2 - 0 2
<b>Prénom de l'apprenti(e) :</b> T E S T	<b>Sexe :</b> X M X F
<b>NIR de l'apprenti(e)* :</b> T E S T	<b>Département de naissance :</b> N A N
<i>*Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre L.6353-10 du code du travail</i>	<b>Commune de naissance :</b> N A N
<b>Adresse de l'apprenti(e) :</b>	<b>Nationalité :</b> X <b>Régime social :</b> X
<b>N°</b> 1 2 3 <b>Voie :</b> T E S T	<b>Déclare être inscrit sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau :</b> X oui X non
<b>Complément :</b> T E S T	<b>Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé :</b> X oui X non
<b>Code postal :</b> T E S T	<b>Situation avant ce contrat :</b> N A
<b>Commune :</b> T E S T	<b>Dernier diplôme ou titre préparé :</b> N A
<b>Téléphone :</b> 0 7 8 8 9 8 3 3 9 8	<b>Dernière classe / année suivie :</b> N A
<b>Courriel :</b>	<b>Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :</b> N A N
<b>Représentant légal</b> (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)	<b>Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :</b> N A
<b>Nom de naissance et prénom :</b> T E S T	
<b>Adresse du représentant légal :</b>	
<b>N°</b> 1 2 3 <b>Voie :</b> T E S T	
<b>Complément :</b> T E S T	
<b>Code postal :</b> 9 1 3 3 0	
<b>Commune :</b> T E S T	

**LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE**

<b>Maître d'apprentissage n°1</b>	<b>Maître d'apprentissage n°2</b>
<b>Nom de naissance :</b> N A	<b>Nom de naissance :</b> N A
<b>Prénom :</b> N A	<b>Prénom :</b> N A
<b>Date de naissance :</b> 1 9 8 8 - 0 2 - 0 2	<b>Date de naissance :</b> 1 9 8 8 - 0 2 - 0 2

X 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 : **N A** Type de dérogation : **N A** à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat

Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : **N A**

Date de conclusion : (Date de signature du présent contrat) **1 9 8 8 - 0 2 - 0 2** Date de début d'exécution du contrat : **1 9 8 8 - 0 2 - 0 2** Si avenant, date d'effet : **1 9 8 8 - 0 2 - 0 2**

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : **1 9 8 8 - 0 2 - 0 2** Durée hebdomadaire du travail : **1 0** heures **1 0** minutes

Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : **X** oui **X** non

\* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1 <sup>re</sup> année, du <b>1 9 8 8 - 0 2 - 0 2</b> :	% du	* ; du	au	:	% du	*
2 <sup>ème</sup> année, du	au	:	% du	* ; du	au	:
3 <sup>ème</sup> année, du	au	:	% du	* ; du	au	:
4 <sup>ème</sup> année, du	au	:	% du	* ; du	au	:

**Salaire brut mensuel à l'embauche :** **1 0 0 0 0** € Caisse de retraite complémentaire : **N**

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : **1 0** € / repas Logement : **1 0** € / mois Autre : **X**

## LA FORMATION

CFA d'entreprise : **X** oui **X** non Diplôme ou titre visé par l'apprenti : **N A**  
 Dénomination du CFA responsable : **N A** Intitulé précis : **N A**  
 N° UAI du CFA : **N A** Code du diplôme : **N A**  
 N° SIRET CFA : **N A** Code RNCP : **N A**

**Adresse du CFA responsable :**  
 N° **1 2 3** Voie : **N A** **Organisation de la formation en CFA :**  
 Complément : **N A** Date de début du cycle de formation : **1 9 8 8 - 0 2 - 0 2**  
 Code postal : **9 1 3 3 0** Date prévue de fin des épreuves ou examens : **1 9 8 8 - 0 2 - 0 2**  
 Commune : **N A N** Durée de la formation : **N A N** heures

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :

**X** L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat

Fait à : **N A N**

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(e)

Signature du représentant légal de l'apprenti(e) mineur(e)

## CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME EN CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT

**Nom de l'organisme :** **N A N** **N° SIRET de l'organisme :** **1 9 8 8 - 0 2 - 0 2**  
**Date de réception du dossier complet :** **1 9 8 8 - 0 2 - 0 2** **Date de la décision :** **1 9 8 8 - 0 2 - 0 2**  
**N° de dépôt :** **N A N** **Numéro d'avenant :** **N A N**