

**Mode contractuel de l'apprentissage**

L'EMPLOYEUR	<input type="checkbox"/> employeur privé <input type="checkbox"/> employeur « public »*
<b>Nom et prénom ou dénomination :</b> _____ Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : N° : _____ Voie : _____ Complément : _____ Code postal : _____ Commune : _____ Téléphone : _____ Courriel : _____ @ _____	<b>N° SIRET</b> de l'établissement d'exécution du contrat : _____ Type d'employeur : _____ Employeur spécifique : _____ Code activité de l'entreprise (NAF) : _____ Effectif total salariés de l'entreprise : _____ Convention collective applicable : _____ Code IDCC de la convention : _____ *Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage : _____

L'APPRENTI(E)		
<b>Nom de naissance de l'apprenti(e) :</b> _____ <b>Prénom de l'apprenti(e) :</b> _____ NIR de l'apprenti(e)* : _____ <i>*Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre L.6353-10 du code du travail</i> <b>Adresse de l'apprenti(e) :</b> N° _____ Voie : _____ Complément : _____ Code postal : _____ Commune : _____ Téléphone : _____ Courriel : _____ @ _____ <b>Représentant légal</b> (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé) Nom de naissance et prénom : _____ <b>Adresse du représentant légal :</b> N° _____ Voie : _____ Complément : _____ Code postal : _____ Commune : _____		Date de naissance : ____/____/____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Département de naissance : _____ Commune de naissance : _____ Nationalité : _____ Régime social : _____ Déclare être inscrit sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Situation avant ce contrat : _____ Dernier diplôme ou titre préparé : _____ Dernière classe / année suivie : _____ Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : _____ Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : _____

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE	
<b>Maître d'apprentissage n°1</b> <b>Nom de naissance :</b> _____ <b>Prénom :</b> _____ Date de naissance : ____/____/____	<b>Maître d'apprentissage n°2</b> <b>Nom de naissance :</b> _____ <b>Prénom :</b> _____ 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 :   Type de dérogation :  à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat

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

Date de conclusion :  (Date de signature du présent contrat) Date de début d'exécution du contrat :  Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage :  Durée hebdomadaire du travail :  heures  minutes

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

### Rémunération

\* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1<sup>re</sup> année, du  au  :  % du  \* ; du  au  :  % du  \*  
2<sup>ème</sup> année, du  au  :  % du  \* ; du  au  :  % du  \*  
3<sup>ème</sup> année, du  au  :  % du  \* ; du  au  :  % du  \*  
4<sup>ème</sup> année, du  au  :  % du  \* ; du  au  :  % du  \*

**Salaire brut mensuel à l'embauche :**

Caisse de retraite complémentaire :

,  €

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : ,  € / repas Logement : ,  € / mois Autre :

## LA FORMATION

CFA d'entreprise :  oui  non

Diplôme ou titre visé par l'apprenti :

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) :

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

Fait à :

**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° SIRET de l'organisme :**

Date de réception du dossier complet :

Date de la décision :

N° de dépôt :

Numéro d'avenant :