Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail

Contrat d'apprentissage

(art. L6211-1 et suivants du code du travail)

(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa n°51649#04 avant de remplir ce document)

cerfa

N° 10103*07

FA 13

Mode contractuel de l'apprentissage I_I

L'EMPLOYEUR ☐ employeur privé ☐ employeur « public »*

Nom et prénom ou dénomination :

_____

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° Voie

Complément :

Code postal : I_I_I_I_I_I

Commune :

Téléphone : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Courriel :

_____@_____

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

Type d'employeur : I_I_I

Employeur spécifique : I_I

Code activité de l'entreprise (NAF) : I_I_I_I_I_I

Effectif total salariés de l'entreprise : I_I_I_I_I_I_I_I_I

Convention collective applicable :

_____

Code IDCC de la convention I_I_I_I_I

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

L'APPRENTI(E)

Nom de naissance et prénom :

_____

Adresse : N° Voie

Complément :

Code postal : I_I_I_I_I_I

Commune :

Téléphone : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Courriel : _____@_____

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

Nom de naissance et prénom :

_____

Adresse : N° Voie

Complément :

Code postal : I_I_I_I_I_I

Commune :

Date de naissance : I_I_I I_I_I I_I_I_I_I

Sexe : ☐ M ☐ F Département de naissance : I_I_I_I

Commune de naissance : _____

Nationalité : I_I Régime social : I_I

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

Situation avant ce contrat : I_I_I

Dernier diplôme ou titre préparé : I_I_I

Dernière classe / année suivie : I_I_I

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

_____

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : I_I_I

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Nom de naissance et prénom du maître d'apprentissage n°1 :

_____

Date de naissance : I_I_I I_I_I I_I_I_I_I

Nom de naissance et prénom du maître d'apprentissage n°2 :

_____

Date de naissance : I_I_I I_I_I I_I_I_I_I

☑ ***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 dérogation pour ce contrat*

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

Date de conclusion : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

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)*

1re année, du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : ___% du _* ; du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : ___% du *

2e année, du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : ___% du _* ; du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : ___% du *

3e année, du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : ___% du _* ; du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : ___% du *

4e 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

Dénomination du CFA responsable :

CFA SAINT MICHEL

N° UAI du CFA : |_|_|_|_|_|_|_|_|

N° SIRET du CFA : |7|7|8|1|2|7|7|5|3|0|0|0|1|1|

Adresse : N° Voie

Complément : CHARTREUSE DE BOSSERVILLE

Code postal : |5|4|5|1|0|

Commune : ART SUR MEURTHE

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : |_|_|

Intitulé précis :

Code du diplôme : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Organisation de la formation en CFA :

Date de début du cycle de formation : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Date prévue de fin des épreuves ou examens : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Durée de la formation : |_|_|_|_| heures

☑ ***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 : |_|_|_|_|_|

Pour remplir le contrat et pour plus d'informations sur le traitement des données reportez-vous à la notice FA 14