

(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa de remplir ce document)

**Mode contractuel de l'apprentissage**

**L'EMPLOYEUR**

employeur privé

employeur « public »\*

<b>Nom et prénom ou dénomination :</b> <input type="text"/>	<b>N°SIRET</b> de l'établissement d'exécution du contrat : <input type="text"/>
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : N° : <input type="text"/> Voie : <input type="text"/>	Type d'employeur : <input type="text"/>
Complément : <input type="text"/>	Employeur spécifique : <input type="text"/>
Code postal : <input type="text"/>	Code activité de l'entreprise (NAF) : <input type="text"/>
Commune : <input type="text"/>	Effectif total salariés de l'entreprise : <input type="text"/>
Téléphone : <input type="text"/>	Convention collective applicable : <input type="text"/>
Courriel : <input type="text"/> @ <input type="text"/>	Code IDCC de la convention : <input type="text"/>

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

**LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE**

<b>Maître d'apprentissage n°1</b>	<b>Maître d'apprentissage n°2</b>
<b>Nom de naissance :</b> <input type="text"/>	<b>Nom de naissance :</b> <input type="text"/>
<b>Prénom :</b> <input type="text"/>	<b>Prénom :</b> <input type="text"/>
Date de naissance : <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/>

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 :  Date prévue de fin des épreuves ou examens :

Code postal :  Durée de la formation :  heures

Commune :

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 :