

**Mode contractuel de l'apprentissage**

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

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

| LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE   |   |
|---|---|
| <b>Maître d'apprentissage n°1</b><br><b>Nom de naissance :</b> _____<br><b>Prénom :</b> _____<br>Date de naissance : ____/____/____ | <b>Maître d'apprentissage n°2</b><br><b>Nom de naissance :</b> _____<br><b>Prénom :</b> _____<br>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 :