

(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa de remplir ce document)

**Mode contractuel de l'apprentissage**

L'EMPLOYEUR	<input type="checkbox"/> employeur privé	<input type="checkbox"/> 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 :	Type d'employeur : <input type="text"/>	
N° : <input type="text"/> Voie : <input type="text"/>	Employeur spécifique : <input type="text"/>	
Complément : <input type="text"/>	Code activité de l'entreprise (NAF) : <input type="text"/>	
Code postal : <input type="text"/>	Effectif total salariés de l'entreprise : <input type="text"/>	
Commune : <input type="text"/>	Convention collective applicable : <input type="text"/>	
Téléphone : <input type="text"/>	Code IDCC de la convention : <input type="text"/>	
Courriel : <input type="text"/> @ <input type="text"/>		
*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> <input type="text"/>	
<b>Prénom de l'apprenti(e) :</b> <input type="text"/>	
NIR de l'apprenti(e)* : <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>	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° <input type="text"/> Voie : <input type="text"/>	Département de naissance : <input type="text"/>
Complément : <input type="text"/>	Commune de naissance : <input type="text"/>
Code postal : <input type="text"/>	Nationalité : <input type="checkbox"/> Régime social : <input type="checkbox"/>
Commune : <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
Téléphone : <input type="text"/>	Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Courriel : <input type="text"/> @ <input type="text"/>	Situation avant ce contrat : <input type="text"/>
<b>Représentant légal</b> (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)	Dernier diplôme ou titre préparé : <input type="text"/>
Nom de naissance et prénom : <input type="text"/>	Dernière classe / année suivie : <input type="text"/>
<b>Adresse du représentant légal :</b>	Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : <input type="text"/>
N° <input type="text"/> Voie : <input type="text"/>	Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : <input type="text"/>
Complément : <input type="text"/>	
Code postal : <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"/>
<input type="checkbox"/> <i>L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.</i>	

## 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 :