

**Mode contractuel de l'apprentissage I\_1**

<b>L'EMPLOYEUR</b>		<input type="checkbox"/> employeur privé	<input type="checkbox"/> employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination :	N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :		
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :	Type d'employeur :		
Complément :	Employeur spécifique :		
Code postal :	Code activité de l'entreprise (NAF) :		
Commune :	Effectif total salariés de l'entreprise :		
Téléphone :	Code IDCC de la convention :		
Courriel :			
*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage : <input type="checkbox"/>			
<b>L'APPRENTI(E)</b>			
Nom de naissance de l'apprenti(e) :	Date de naissance :		
Nom d'usage :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
1 <sup>er</sup> prénom de l'apprenti(e) (selon l'état civil) :	Département de naissance :		
NIR de l'apprenti(e)* :	Commune de naissance :		
Adresse de l'apprenti(e) :	Nationalité :	Régime social :	
Complément :	Déclare être inscrit sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau :		
Code postal :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Commune :	Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Téléphone :			
Courriel :			
<b>Représentant légal :</b> <i>(renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)</i>	Situation avant ce contrat :		
Nom de naissance :	Dernier diplôme ou titre préparé :		
Prénom :	Dernière classe / année suivie :		
Adresse du représentant légal :	Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :		
Complément :	Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :		
Code postal :	Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : <input type="checkbox"/> oui    non <input type="checkbox"/>		
Commune :			
Courriel :			
<b>LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE</b>			
<b><u>Maître d'apprentissage n°1</u></b>		<b><u>Maître d'apprentissage n°2</u></b>	
Nom de naissance :	Nom de naissance :		
Prénom :	Prénom :		
Date de naissance :	Date de naissance :		
NIR :	NIR :		
Emploi occupé :	Emploi occupé :		
Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :	Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :		
Niveau de diplôme le plus élevé obtenu :	Niveau de diplôme le plus élevé obtenu :		
<input type="checkbox"/> 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 :

Date de début de formation pratique  
chez l'employeur :

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>e</sup> année, du au : \_\_\_ % du \_\_\_\_\_ \* ; du au : \_\_\_ % du \_\_\_\_\_ \*

3<sup>e</sup> année, du au : \_\_\_ % du \_\_\_\_\_ \* ; du au : \_\_\_ % du \_\_\_\_\_ \*

4<sup>e</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

Dénomination du CFA responsable :

Diplôme ou titre visé par l'apprenti :  
Intitulé précis :

N° UAI du CFA :

Code du diplôme :  
Code RNCP :

N° SIRET du CFA :

Adresse du CFA responsable :

### Organisation de la formation en CFA :

Date de début du cycle de formation :

Complément :

Code postal :

Commune :

Si le CFA responsable est le lieu de formation principal

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

Durée de la formation : \_\_\_\_\_ heures

cochez la case ci-contre

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)

### Lieu principal de réalisation de la formation si différent du CFA responsable :

Dénomination du lieu de formation principal :

N° UAI :

N° SIRET :

Adresse du lieu de formation principal :

Complément :

Code postal :

Commune :

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 :