MINISTÈRE
DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE L'INSERTION
Liberté
Égalité
Fraternité

Contrat d'apprentissage

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

(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa avant de remplir ce document)

cerfa

N° 10103*09

Mode contractuel de l'apprentissage ☐

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

Nom et prénom ou dénomination :

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

Complément :

Code postal : ☐☐☐☐☐

Commune :

Téléphone : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Courriel :

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

Type d'employeur : __

Employeur spécifique : __

Code activité de l'entreprise (NAF) : ☐☐☐☐☐

Effectif total salariés de l'entreprise : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Convention collective applicable :

Code IDCC de la convention : ☐☐☐☐

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

L'APPRENTI(E)

Nom de naissance de l'apprenti(e) :

Prénom de l'apprenti(e) :

NIR de l'apprenti(e)* : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

**Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre L.6353-10 du code du travail*

Adresse de l'apprenti(e) :

Complément :

Code postal : ☐☐☐☐☐

Commune :

Téléphone : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Courriel : @

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

Nom de naissance et prénom :

Adresse du représentant légal

Complément :

Code postal : ☐☐☐☐☐

Commune :

Date de naissance :

Sexe : ○ M ○ F

Département de naissance : ☐☐☐

Commune de naissance :

Nationalité : ☐ Régime social : ☐

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau : ○ oui ○ non

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

Situation avant ce contrat : __

Dernier diplôme ou titre préparé : ☐☐

Dernière classe / année suivie : ☐☐

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : ☐☐

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1
Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Maître d'apprentissage n°2
Nom de naissance :

Prénom :

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)*

1re année, du		au		: % du	; du		au	: % du *
2ème année, du		au		: % du	; du		au	: % du *
3ème année, du		au		: % du	; du		au	: % du *
4ème 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 :
MFR RHÔNE ALPILLES

N° UAI du CFA : 0133915K

N° SIRET CFA : 40918828100029

Adresse du CFA responsable :
2 RUE DE LA GARRIGUE

Complément :

Code postal : 13310

Commune : SAINT MARTIN DE CRAU

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 41

Intitulé précis :
BAC PRO CGEA

Code du diplôme : 40321004

Code RNCP : 29267

Organisation de la formation en CFA :

Date de début du cycle de formation :
05/09/2022

Date prévue de fin des épreuves ou examens :
30/06/2024

Durée de la formation : 1350 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