

(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa de remplir ce document)

**Mode contractuel de l'apprentissage** ☐

**L'EMPLOYEUR**

☐ employeur privé

☐ 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 :**

**N° :**  **Voie :**

**Employeur spécifique :**

**Complément :**

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

**Code postal :**

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

**Commune :**

**Téléphone :**

**Convention collective applicable :**

**Courriel :**  
 @

**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*

**Date de naissance :**

**Sexe :** ☐ M ☐ F

**Adresse de l'apprenti(e) :**

**N°**  **Voie :**

**Département de naissance :**

**Complément :**

**Commune de naissance :**

**Code postal :**

**Nationalité :**  **Régime social :**

**Commune :**

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

**Téléphone :**

**Courriel :**  
 @

**Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur  
handicapé :** ☐ oui ☐ non

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

**Nom de naissance et prénom :**

**Situation avant ce contrat :**

**Adresse du représentant légal :**

**N°**  **Voie :**

**Dernier diplôme ou titre préparé :**

**Complément :**

**Dernière classe / année suivie :**

**Code postal :**

**Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :**

**Commune :**

**Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :**

**LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE**

**Maître d'apprentissage n°1**

**Nom de naissance :**

**Maître d'apprentissage n°2**

**Nom de naissance :**

**Prénom :**

**Prénom :**

**Date de naissance :**

**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 : <input type="text"/>                                                                                                                                                   |                                                  | Type de dérogation : <input type="text"/> à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat |                                                  |
| Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : <input type="text"/>                                                                                                           |                                                  |                                                                                                 |                                                  |
| Date de conclusion :<br>(Date de signature du présent contrat)                                                                                                                                        | Date de début d'exécution du contrat :           | Si avenant, date d'effet :                                                                      |                                                  |
| <input type="text"/>                                                                                                                                                                                  | <input type="text"/>                             | <input type="text"/>                                                                            |                                                  |
| Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : <input type="text"/>                                                                                                                        |                                                  | Durée hebdomadaire du travail : <input type="text"/> heures <input type="text"/> minutes        |                                                  |
| Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                                                                 |                                                  |                                                                                                 |                                                  |
| <b>Rémunération</b>                                                                                                                                                                                   |                                                  | * Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)                                          |                                                  |
| 1 <sup>re</sup> année, du <input type="text"/> au <input type="text"/>                                                                                                                                | : <input type="text"/> % du <input type="text"/> | *; du <input type="text"/> au <input type="text"/>                                              | : <input type="text"/> % du <input type="text"/> |
| 2 <sup>ème</sup> année, du <input type="text"/> au <input type="text"/>                                                                                                                               | : <input type="text"/> % du <input type="text"/> | *; du <input type="text"/> au <input type="text"/>                                              | : <input type="text"/> % du <input type="text"/> |
| 3 <sup>ème</sup> année, du <input type="text"/> au <input type="text"/>                                                                                                                               | : <input type="text"/> % du <input type="text"/> | *; du <input type="text"/> au <input type="text"/>                                              | : <input type="text"/> % du <input type="text"/> |
| 4 <sup>ème</sup> année, du <input type="text"/> au <input type="text"/>                                                                                                                               | : <input type="text"/> % du <input type="text"/> | *; du <input type="text"/> au <input type="text"/>                                              | : <input type="text"/> % du <input type="text"/> |
| <b>Salaire brut mensuel à l'embauche :</b>                                                                                                                                                            |                                                  | Caisse de retraite complémentaire :                                                             |                                                  |
| <input type="text"/> , <input type="text"/> €                                                                                                                                                         |                                                  | <input type="text"/>                                                                            |                                                  |
| Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : <input type="text"/> , <input type="text"/> € / repas Logement : <input type="text"/> , <input type="text"/> € / mois Autre : <input type="text"/> |                                                  |                                                                                                 |                                                  |

| LA FORMATION                                                                                                                         |                                                                    |                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| CFA d'entreprise : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non                                                         | Diplôme ou titre visé par l'apprenti : <input type="checkbox"/>    |                                                                   |
| Dénomination du CFA responsable : <input type="text"/>                                                                               | Intitulé précis : <input type="text"/>                             |                                                                   |
| N° UAI du CFA : <input type="text"/>                                                                                                 | Code du diplôme : <input type="text"/>                             |                                                                   |
| N° SIRET CFA : <input type="text"/>                                                                                                  | Code RNCP : <input type="text"/>                                   |                                                                   |
| <b>Adresse du CFA responsable :</b>                                                                                                  | <b>Organisation de la formation en CFA :</b>                       |                                                                   |
| N° <input type="text"/> Voie : <input type="text"/>                                                                                  | Date de début du cycle de formation : <input type="text"/>         |                                                                   |
| Complément : <input type="text"/>                                                                                                    | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                                                   |
| Code postal : <input type="text"/>                                                                                                   | Date prévue de fin des épreuves ou examens : <input type="text"/>  |                                                                   |
| Commune : <input type="text"/>                                                                                                       | <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> |                                                                   |
|                                                                                                                                      | Durée de la formation : <input type="text"/> heures                |                                                                   |
| Visa du CFA (cachet et signature du directeur) : <input type="text"/>                                                                |                                                                    |                                                                   |
| <input type="checkbox"/> <i>L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat</i> |                                                                    |                                                                   |
| Fait à : <input type="text"/>                                                                                                        |                                                                    |                                                                   |
| <i>Signature de l'employeur</i>                                                                                                      | <i>Signature de l'apprenti(e)</i>                                  | <i>Signature du représentant légal de l'apprenti(e) mineur(e)</i> |

| 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 : □□□□□  |