

Mode contractuel de l'apprentissage I_I

L'EMPLOYEUR		<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"/>			
L'APPRENTI(E)			
Nom de naissance de l'apprenti(e) :	Date de naissance :		
Nom d'usage :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
1 ^{er} 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 :	Situation avant ce contrat :		
Courriel :	Dernier diplôme ou titre préparé :		
Représentant légal : (renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)	Dernière classe / année suivie :		
Nom de naissance :	Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :		
Prénom :	Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :		
Adresse du représentant légal :	Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : <input type="checkbox"/> oui non <input type="checkbox"/>		
Complément :			
Code postal :			
Commune :			
Courriel :			
LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE			
Maître d'apprentissage n°1		Maître d'apprentissage n°2	
Nom de naissance :	Nom de naissance :		
Prénom :	Prénom :		
Date de naissance :	Date de naissance :		
NIR :	NIR :		
Courriel :	Courriel :		
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^{re} année, du au : ___ % du ___ * ; du au : ___ % du ___ *
2^e année, du au : ___ % du ___ * ; du au : ___ % du ___ *
3^e année, du au : ___ % du ___ * ; du au : ___ % du ___ *
4^e 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 :

CFA INTERPRO28

N° UAI du CFA : **0280738A**

N° SIRET du CFA : **30791852400017**

Adresse du CFA responsable :

Rue Charles Isidore Douin

Complément : **CS 30819**

Code postal : **28008**

Commune : **CHARTRES CEDEX**

Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)

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

Code du diplôme :

Code RNCP :

Organisation de la formation en CFA :

Date de début de formation :

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

Durée de la formation : _____ heures

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 :