

Contrat d'apprentissage (art. L6211-1 et suivants du code du travail)



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

N° 10103*10

Mode contractuel de l'apprentissage			
L'EMPLOYEUR	employeur privé	employeur « public »*	
Nom et prénom ou dénomination :	N°SI	RET de l'établissement d'exécution du contrat :	
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : N° : Voie :		d'employeur : oyeur spécifique :	
Complément :	Code	e activité de l'entreprise (NAF) :	
Code postal :	Effec	tif total salariés de l'entreprise :	
Commune :			
Téléphone :	Code	e IDCC de la convention collective applicable :	
Courriel:			
*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) :			
Nom d'usage :			
Le premier prénom de l'apprenti(e) selo	on l'état civil :		
NIR de l'apprenti(e) :	Date	de naissance :	
Adresse de l'apprenti(e) :	Sexe	::	
N° Voie :	Dépa	artement de naissance :	
Complément :	Com	mune de naissance :	
Code postal :			
Commune :	Natio	nalité : Régime social :	
Téléphone :		are être inscrit sur la liste des sportifs de haut	
Courriel : @		au : 🗌 oui 📗 non	
Représentant légal (à renseigner si l'apprenti es		are bénéficier de la reconnaissance travailleur icapé :	
émancipé)		tion avant ce contrat :	
Nom de naissance et prénom :		ier diplôme ou titre préparé :	
Adresse du représentant légal :		ière classe / année suivie :	
N° Voie :		lé précis du dernier diplôme ou titre préparé :	
Complément :			
Code postal :	Diplô	me ou titre le plus élevé obtenu :	
Commune :			
Courriel:		are avoir un projet de création ou de reprise reprise :	
@	d ent	reprise : oui non	
LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE			
Maître d'apprentissage n°1 Nom de naissance :		re d'apprentissage n°2 de naissance :	
Prénom :	Prén		
Date de naissance : NIR :	Date NIR :	de naissance :	
Courriel: @	NIR :		
Emploi occupé ·	Emnl	oi occupé :	

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :	Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :			
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :	Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :			
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 : A renseigner si une dérogation			
Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel proposed de conclusion : Date de début d'exé (Date de signatures du présent contrat) contrat :				
Si avenant, date d'effet :	Durée hebdomadaire du travail :			
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage :	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 % du	* ; du			
2ème année, du : % du	*; du : % du : % du : *			
3ème année, du au : % du 4èmeannée, du au : % du	*; du : : : : % du : * : : : % du : : : : % du : *			
Salaire brut mensuel à l'embauche :	Caisse de retraite complémentaire :			
<u> </u>				
Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : ,	€ / repas Logement : , € / mois Autre :			
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 : N° Voie :	Organisation de la formation en CFA : Date de début de formation en CFA :			
Complément :				
Code postal :	Date prévue de fin des épreuves ou examens :			
Commune :	Durée de la formation : heures			
Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre	Lieu principal de réalisation de la formation si différent du CFA responsable : Dénomination du lieu de formation principal :			
Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :	N° UAI :			
	N° SIRET : Adresse du lieu de formation principal :			
	N° Voie :			
	Complément :			
	Code postal :			
	Commune :			
L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces jus				
Fait à : Signature de l'employeur Signature de l'ap	Signature du représentant légal			
CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME EN CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT				
Nom de l'organisme :	N° SIRET de l'organisme :			
Dete de récention du dession servicit.				
Date de réception du dossier complet :	Date de la décision :			
N° de dépât : DEEDEEDEEDEEDE	Numéro d'avenant :			
N° de dépôt :	le traitement des données reportez-vous à la notice FA 14			
i dai rempin le contrat et pour plus à informations sur l	o dantimont add admired reporter-vous a la noute i A 14			