

L'EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination : _____
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :
N° Voie
Complément :
Code postal : | | | | | | Commune :
Téléphone : | | | | | | / Télécopie : | | | | | | |
Courriel : _____@_____
Caisse de retraite complémentaire :

N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :
| | | | | | | | | | | | | | | | |
Type d'employeur : | | | |
Employeur spécifique : | | | |
Code activité de l'entreprise (NAF) : | | | | | |
Effectif salarié de l'entreprise : | | | | | | | | | |
Convention collective applicable :
Code IDCC de la convention : | | | | | |

L'APPRENTI

Nom et prénom : _____
Nom d'usage :
Adresse : N° Voie
Complément :
Code postal | | | | | | Commune :
Téléphone : | | | | | | | | | | | | |
Courriel : _____@_____
Représentant légal (renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)
Nom et prénom :
Nom d'usage :
Adresse : N° Voie
Code postal : | | | | | | Commune :

Date de naissance : | | | | | | | | | | | |
Département de naissance : | | | | |
Régime social : | | | |
Sexe : M F
Nationalité : | | | | |
Déclare bénéficiaire 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, si différent du dernier : | | | |

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Nom et prénom : _____

Date de naissance : | | | | | | | | | | | |

L'employeur atteste 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 déroqation : | | | | (renseigner si une déroqation a été demandée pour ce contrat)
Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : | | | | | | | | | | | | | | (renseigner si ce contrat a eu lieu dans la même entreprise)
Date de début du contrat ou d'effet de l'avenant : | | | | | | | | | | | | | | Date de fin : | | | | | | | | | | | |
Durée hebdomadaire de 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 : | | | | | | | | | | €
Avantages en nature : Nourriture : | | | | | | | | | | € / jour
Logement : | | | | | | | | | | | | | | € / mois

LA FORMATION

Établissement de formation responsable : _____ Diplôme ou titre visé par l'apprenti : | | | |
Intitulé précis : _____
N° UAI de l'établissement : | | | | | | | | | | Code du diplôme : | | | | | | | | | |
Adresse : N° Voie Organisation de la formation :
Complément :
Code postal : | | | | | | Commune : 1^{re} année, du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | | : | | | | heures
2^e année, du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | | : | | | | heures
3^e année, du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | | : | | | | heures
4^e année, du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | | : | | | | heures
Visa de l'établissement de formation (cachet ou signature du directeur)
Inspection pédagogique compétente : | | | |
Date d'inscription de l'apprenti : | | | | | | | | | |

L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à l'enregistrement du contrat

Fait le | | | | | | | | | | à _____
Signature de l'employeur Signature de l'apprenti Signature du représentant légal de l'apprenti mineur

CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME D'ENREGISTREMENT

Nom de l'organisme : _____ **N° SIRET de l'organisme :** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
N° de gestion interne : Adresse de l'organisme : N° Voie
Date de réception du dossier complet : | | | | | | | | | | Code postal : | | | | | | Commune :
N° d'enregistrement : | | | | | | | | | | | | | | Date de la décision : | | | | | | | | | |
Numéro d'avenant : | | | | | |