

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 : _____

 L'employeur atteste que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.

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

LE CONTRAT

Type de contrat ou d'avenant : | | | | Type de dérogation : | | | | (renseigner si une dérogation 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 : 1^{re} année, du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | | : | | | | heures
 Code postal : | | | | | Commune : 2^e année, du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | | : | | | | heures
 Visa de l'établissement de formation (cachet ou signature du directeur) 3^e année, du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | | : | | | | heures
 4^e année, du | | | | | | | | | | au | | | | | | | | | | : | | | | heures
 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° de gestion interne :
 Date de réception du dossier complet : | | | | | | | | | |
 N° d'enregistrement : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N° SIRET de l'organisme : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 Adresse de l'organisme : N° Voie
 Code postal : | | | | | Commune :
 Date de la décision : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 Numéro d'avenant : | | | | | | | | | |