



## Contrat d'apprentissage

(art. L6211-1 et suivants du code du travail)



N° 10103\*08

(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa de remplir ce document)

### Mode contractuel de l'apprentissage

L'EMPLOYEUR	<input type="checkbox"/> employeur privé	<input type="checkbox"/> employeur « public »*
<b>Nom et prénom ou dénomination :</b> <input type="text"/> <b>Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :</b> N° : <input type="text"/> Voie : <input type="text"/> Complément : <input type="text"/> Code postal : <input type="text"/> Commune : <input type="text"/> Téléphone : <input type="text"/> Courriel : <input type="text"/> @ <input type="text"/>	<b>N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :</b> <input type="text"/> <b>Type d'employeur :</b> <input type="text"/> <b>Employeur spécifique :</b> <input type="text"/> <b>Code activité de l'entreprise (NAF) :</b> <input type="text"/> <b>Effectif total salariés de l'entreprise :</b> <input type="text"/> <b>Convention collective applicable :</b> <input type="text"/> <b>Code IDCC de la convention :</b> <input type="text"/>	<b>*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage :</b> <input type="checkbox"/>

L'APPRENTI(E)	
<b>Nom de naissance de l'apprenti(e) :</b> <input type="text"/> <b>Prénom de l'apprenti(e) :</b> <input type="text"/> <b>NIR de l'apprenti(e)* :</b> <i>*Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre L.6353-10 du code du travail</i> <b>Adresse de l'apprenti(e) :</b> N° <input type="text"/> Voie : <input type="text"/> Complément : <input type="text"/> Code postal : <input type="text"/> Commune : <input type="text"/> Téléphone : <input type="text"/> <b>Représentant légal (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)</b> <b>Nom de naissance et prénom :</b> <input type="text"/> <b>Adresse du représentant légal :</b> N° <input type="text"/> Voie : <input type="text"/> Complément : <input type="text"/> Code postal : <input type="text"/> Commune : <input type="text"/>	<b>Date de naissance :</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <b>Département de naissance :</b> <input type="text"/> <b>Commune de naissance :</b> <input type="text"/> <b>Nationalité :</b> <input type="text"/> <b>Régime social :</b> <input type="text"/> <b>Déclare être inscrit sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé :</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b>Situation avant ce contrat :</b> <input type="text"/> <b>Dernier diplôme ou titre préparé :</b> <input type="text"/> <b>Dernière classe / année suivie :</b> <input type="text"/> <b>Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :</b> <input type="text"/> <b>Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :</b> <input type="text"/>

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE	
<b>Maître d'apprentissage n°1</b> <b>Nom de naissance :</b> <input type="text"/> <b>Prénom :</b> <input type="text"/> <b>Date de naissance :</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<b>Maître d'apprentissage n°2</b> <b>Nom de naissance :</b> <input type="text"/> <b>Prénom :</b> <input type="text"/> <b>Date de naissance :</b> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <b>L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.</b>	

## 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 :  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<sup>re</sup> année, du  au  :  % du  \* ; du  au  :  % du  \*  
2<sup>ème</sup> année, du  au  :  % du  \* ; du  au  :  % du  \*  
3<sup>ème</sup> année, du  au  :  % du  \* ; du  au  :  % du  \*  
4<sup>ème</sup> 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

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 :**

**Organisation de la formation en CFA :**

N°  Voie :

Date de début du cycle de formation :

Complément :

Code postal :

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

Commune :

Durée de la formation :  heures

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :

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 :