

Mode contractuel de l'apprentissage

L'EMPLOYEUR

employeur privé

employeur « public »*

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

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1	Maître d'apprentissage n°2
Nom de naissance : <input type="text"/>	Nom de naissance : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Date de naissance : <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/>

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 : 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^{ème} année, du au : % du * ; du au : % du *

3^{ème} année, du au : % du * ; du au : % du *

4^{ème} 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 DE L'ACADEMIE ORLEANS - TOURS MANAGEMENT HOTELLERIE RESTAURATION OPTION B

N° UAI du CFA : 0 4 5 1 7 0 8 M

N° SIRET CFA : 1 8 4 5 0 3 1 0 0 0 0 0 3 6

Adresse du CFA responsable : N°2 Voie : R U E D U C A R B O N E

Complément : C S 8 0 0 1 7

Code postal : 4 5 0 7 2

Commune : O R L E A N S C E D E X 2

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 5 4

Intitulé précis :

Code du diplôme : 3 2 0 3 3 4 2 4

Code RNCP : 3 5 3 3 9

Organisation de la formation en CFA :

Date de début du cycle de formation :

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

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 :