

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



(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa de remplir ce document)

N° 10103*09

Mode contractuel de l'apprentissage

L'EMPLOYEUR e	employeur	privé	employeur « public »*			
Nom et prénom ou dénomination :		N°SIRET de l'é	tablissement d'exécution du contrat :			
Adresse de l'établissement d'exécution du con	itrat :	Type d'employe	eur:			
N°: Voie:		Employeur spécifique :				
Complément :		Code activité d	e l'entreprise (NAF) :			
Code postal :		Effectif total sal	lariés de l'entreprise :			
Commune:						
Téléphone :		Convention col	lective applicable :			
Courriel:						
@		Code IDCC de	la convention :			
*Deur les ampleus un du secteur mublis, adhésion de						
*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de	L'APPRE		d assurance chomage .			
Nom de naissance de l'apprenti(e) :	LAFFIL	_14 i i(L)				
Prénom de l'apprenti(e) :						
NIR de l'apprenti(e)* : *Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre L.6353-10 du		Data da naissa	noo : DD /DD /DDD			
		Date de naissa Sexe : M	F			
code du travail Adresse de l'apprenti(e):		Département d				
N° Voie:		Commune de r				
Complément :						
Code postal :		Nationalité :	Régime social :			
Commune:		Déclare être inscrit sur la liste des sportifs,				
Téléphone :		entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau :				
Courriel:			ion			
Représentant légal (à renseigner si l'apprenti est mineur non emancipé)		Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé : oui non				
		Situation avant	ce contrat :			
Nom de naissance et prénom :		Dernier diplôme ou titre préparé :				
Adresse du représentant légal : N° Voie :		Dernière classe / année suivie :				
		Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :				
Complément :						
Code postal :		Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :				
Commune:						
LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE						
Maître d'apprentissage n°1	IIKL D AF	Maître d'appre				
Nom de naissance :		Nom de naissa				
Prénom :		Prénom :				
Date de naissance :		Date de naissa	nce : //			

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

	LE CO	NIKAI				
Type de contrat ou d'avenant :		Type de dérogation : a renseigner si une dérogation existe pour ce contrat				
Numéro du contrat précédent ou c	lu contrat sur lequel po	orte l'avenan	t:			
Date de conclusion : Date de début d'exéc Date de signature du présent contrat : Contrat :		cution du	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	s ou exposition à des r	isques partic	culiers : Oui non			
Rémunération 1 ^{ro} année, du au 3 ^{ème} année, du au 4 ^{ème} année, du au au 4 ^{ème} année, du au	: % du	* Indiquer SM. * ; du	IC ou SMC (salaire minimum conventionnel) au : % du * au : % du * au : % du *			
Salaire brut mensuel à l'embaud	che :	Caisse de retraite complémentaire :				
□□□, □□€						
Avantages en nature, le cas échéant	: Nourriture :,	€ / repas Logement :,€ / mois Autre :				
LA FORMATION						
CFA d'entreprise : oui Dénomination du CFA responsable	non e :	Diplôme ou Intitulé préc	titre visé par l'apprenti :			
N° UAI du CFA : N° SIRET CFA :		Code du dip Code RNC				
Adresse du CFA responsable : N° Voie :			on de la formation en CFA : out 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'e	nsemble des pièces justi	ficatives néces	ssaires au dépôt du contrat			
Fait à :						
Signature de l'employeur	Signature de l'app	renti(e)	Signature du représentant légal de l'apprenti(e) mineur(e)			
CADDE DÉSEDV	É À L'ODCANISME E	NCHARCE	DU DÉPÔT DU CONTRAT			
Nom de l'organisme :	LA L'ONGANISIVIÈ E		le l'organisme :			
Date de réception du dossier complet :		Date de la décision :				
N° de dépôt :		Numéro d'a	venant :			