

## 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 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<sup>re</sup> année, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ \*; du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ \*  
2<sup>e</sup> année, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ \*; du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ \*  
3<sup>e</sup> année, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ \*; du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ % du \_\_\_\_\_ \*  
4<sup>e</sup> 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<sup>re</sup> année, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ heures  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ 2<sup>e</sup> année, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ heures  
Visa de l'établissement de formation (cachet ou signature du directeur) 3<sup>e</sup> année, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ heures  
4<sup>e</sup> 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° SIRET de l'organisme :** \_\_\_\_\_  
Adresse de l'organisme : N° Voie  
N° de gestion interne : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Date de réception du dossier complet : \_\_\_\_\_ Date de la décision : \_\_\_\_\_  
N° d'enregistrement : \_\_\_\_\_ Numéro d'avenant : \_\_\_\_\_