**CONTRAT D’APPRENTISSAGE**

|  |  |
| --- | --- |
| Employeur | |
| Nom et prénom / ou dénomination :  ------------------------------------------------------------  Adresse établissement d’exécution du contrat :  ------------------------------------------------------------CP : ------------. Commune : ----------------------  Téléphone : ----/----/----/---- /Fax : ----/----/----/---  Adresse électronique : -------------- @ -------. ----  Organisme de prévoyance :  ------------------------------------------------------------  Organisme de retraite complémentaire : ------------------------------------------------------------ | Employeur : Ο Public / Ο Privé  Type employeur : / … / … /  Employeur spécifique : / …. /  N° SIRET de l’établissement d’exécution du contrat :   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | - |  | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - | - |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Code NAF : | | -- | -- | -- | -- | -- | | Effectif salarié : | --------------------------- | | | | | |   Convention Collective Appliquée  (CCA):   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | ---------------------------------------------------------------- | | | | | | Code IDCC de la CCA : | --- | --- | --- | --- | |
| Adhésion de l’apprenti(e) au régime spécifique d’assurance chômage : O Oui / O Non | |

**Contrat régi par les articles L. 6211-1 et suivant du code du travail**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L’APPRENTI (e) | | | | | | | | | | | |
| Nom : -------------------------------------------.  Prénom : ---------------------------------------.  Sexe : 〇 H OU 〇 F  Nationalité : -----------------------------------.  Date de naissance : ---- / ---- / -----------.  Adresse : --------------------------------------------------------------------------------------------.  Code postal : ----------------------------------.  Commune : ------------------------------------.  Téléphone : ----- /---- /---- /---- /-----  Émail : ----------------------- @ -------. ------.  Situation avant contrat : ----------------------- | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Déclare bénéficier de la Reconnaissance  Travailleur Handicapé : | | 〇 OUI  〇 NON | | Inscrit au Pôle Emploi : | | 〇 OUI  〇 NON | | | SI : OUI | | | | | N° d’inscription : --/--/--/--/--/--/--/-- | Durée : ---- mois. | | |   Dernier diplôme ou titre préparé : ------------------------------------------------------------------------------------------------------  Dernière classe/année suivie : -----------------------------------  Diplôme ou titre obtenu’’ le plus élevé’’ : ---------------------------------------------------------------------------------------------- | | | | | | | | | |
| Le MAITRE D’APPRENTISSAGE | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **Maitre d’apprentissage principal** | | Nom : ------------------------------------------------------ | | Prénom : --------------------------------------------------  Date naissance : ---- / ---- / ------------. | | Fonction occupée : --------------------------------------------------------------------------------------------------. | | | | | | | |  | | --- | | **Maitre d’apprentissage secondaire** | | Nom : ---------------------------------------------------  Prénom : ----------------------------------------------- | | Date naissance : ---- / ---- / -------------. | | Fonction occupée : ----------------------------------------------------------------------------------------------. | | | | | | |
| Le contrat | | | | | | | | | | | |
| Nature contrat : 〇 CDI / 〇 CDD / 〇 Travail Temporaire.  Type de dérogation : / … / … /, s’il y a lieu. | | | | | | | | | Type contrat ou d’avenant  /--------------------------------/ | | |
| Numéro du contrat précèdent ou du contrat sur lequel porte l’avenant : -------------------------------------------- | | | | | | | | | | | |
| Date début : -- / -- / ---------. Date Fin : -- / -- / -----------. | | | | | | | | Si avenant, date effet: --- / ---- / -------------. | | | |
| Date fin période d’apprentissage : -- / -- / -------. Durée hebdomadaire de travail : ----- heures, ------ minutes. | | | | | | | | | | | |
| Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : O Oui / O Non. | | | | | | | | | | | |
| Salaire brut mensuel à l’embauche : -------, --- €/mois. | | | | | | | Caisse de retraite complémentaire : ----------------- | | | | |
| Durée totale des actions d’évaluation, d’accompagnement et des enseignements généreux, professionnels et technologiques. | | | | | | | | | | | -------------- heures. |
| Avantage : Nourriture : ------, ---€/ jr. / Logement : ------, ---€/ mois. / Prime de panier : ------, ---€/ mois. | | | | | | | | | | | |
| Rémunération : \* indiquer le SMIC ou le Salaire minimum conventionnel.  1ere année : du --- /--- /------ au --- /--- /------. -------------- % du -------------, ---- \*  2ème année : du --- /--- /------ au --- /--- /------. -------------- % du -------------, ---- \*  3ème année : du --- /--- /------ au --- /--- /------. -------------- % du -------------, ---- \* | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | |
| La formation | | | | | | | | | | | |
| Établissement de formation responsable :  -------------------------------------------------------N° UAI de l’établissement: --/--/--/--/--/--/--/--/  Adresse : -----------------------------------------------------------------, Code postal : --------------------. Commune : ------------------------------------------.  Téléphone : ------- / ------- / ------- / ---------,  Émail : -------------------------- @ ---------. ------.  Visa de l’établissement de formation :  (Cachet ou signature du Directeur) | | | | | |  | | --- | | Diplôme ou titre visé par l’apprenti : /--- / --- /  Intitulé précis : --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------.  Code du diplôme : /--- /--- /--- /--- /--- /--- /--- /--- /--- /.  Organisation de la formation :  1ere année : | | Du ---/---/------ au ---/---/-------, pour : /-------/ heures.  2ème année :  Du ---/---/------ au ---/---/-------, pour : /-------/ heures.  3ème année :  Du ---/---/------ au ---/---/-------, pour : /-------/ heures. | |  | | Inscription pédagogique compétente : /------ /  Date d’inscription de l’apprenti (e) : --- / --- / --------. | |  | | | | | | | |
| L’employeur atteste disposer de l’ensemble des pièces justificatives nécessaires à l’enregistrement du contrat.  Fait à ------------------------------------, le --- / --- / -------------.  SIGNATURE  *Employeur Représentant l’égal Apprenti(e)*  *de l’apprenti(e)* | | | | | | | | | | | |
| CADRE RÉSERVÉ à l’Organisme d’e,registrement | | | | | | | | | | | |
| Nom de l’Organisme : | ----------------------------------------------------------------------------------------- | | | | | | | | | | |
| Adresse de l’Organisme : | ----------------------------------------------------------------------------------------- | | | | | | | | | | |
| Code postal : --------------------------------------. | | | Commune : --------------------------------------------------------. | | | | | | | | |
| N° de SIERT de l’Organisme : | | | /--- /--- /--- /--- /--- /--- /--- /--- /--- /--- /--- /--- /--- /--- /--- / | | | | | | | | |
| N° du contrat (interne à l’OPCA) : | | | ------------------------------------------------------------------------ | | | | | | | | |
| Date de réception du dossier complet : --- / --- / -----------. | | | | | | | | | |  | |
| N° d’enregistrement : / --- / --- / --- / --- / --- / --- / --- / --- / --- / --- / --- / --- / --- / --- / --- / | | | | | | | | | | | |

NB : pour remplir le présent contrat reportez-vous à la notice FA 14 ou rendez-vous au portail de l’alternance : www.alternance.emploi.gouv.fr.