



Contrat d'apprentissage

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



(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa n°51649#04 avant de remplir ce document)

N° 10103*07

FA 13

Mode contractuel de l'apprentissage I_I

L'EMPLOYEUR		<input type="checkbox"/> employeur privé	<input type="checkbox"/> employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : _____		N° SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :		Type d'employeur : _ _	
N°	Voie	Employeur spécifique : _	
Complément :		Code activité de l'entreprise (NAF) : _ _ _ _ _	
Code postal : _ _ _ _ _		Effectif total salariés de l'entreprise : _ _ _ _ _ _ _ _	
Commune :		Convention collective applicable : _____	
Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Code IDCC de la convention _ _ _ _	
Courriel : _____@_____			
*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 et prénom : _____		Date de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Adresse : N°		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Voie		Département de naissance : _ _ _	
Complément :		Commune de naissance : _____	
Code postal : _ _ _ _ _		Nationalité : _ _	
Commune :		Régime social : _ _	
Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Courriel : _____@_____		Situation avant ce contrat : _ _	
Représentant légal (renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)		Dernier diplôme ou titre préparé : _ _ _	
Nom de naissance et prénom : _____		Dernière classe / année suivie : _ _	
Adresse : N°		Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : _____	
Voie		Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : _ _ _	
Complément :			
Code postal : _ _ _ _ _			
Commune :			
LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE			
Nom de naissance et prénom du maître d'apprentissage n°1 : _____		Date de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Nom de naissance et prénom du maître d'apprentissage n°2 : _____		Date de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> 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 dérogation pour ce contrat

Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Date de conclusion : _ _ / _ _ / _ _ _ _ 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^e année, du _ _ / _ _ / _ _ _ _ au _ _ / _ _ / _ _ _ _ : ___ % du _____ * ; du _ _ / _ _ / _ _ _ _ au _ _ / _ _ / _ _ _ _ : ___ % du _____ *
3^e année, du _ _ / _ _ / _ _ _ _ au _ _ / _ _ / _ _ _ _ : ___ % du _____ * ; du _ _ / _ _ / _ _ _ _ au _ _ / _ _ / _ _ _ _ : ___ % du _____ *
4^e 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 :

CFA ACADEMIQUE GIP FCIP ALSACE - UFA STORCK

N° UAI du CFA : 0673147G

Code du diplôme : _ _ _ _ _ _ _ _

N° SIRET du CFA : 186 715 538 000 44

Organisation de la formation en CFA :

Adresse : 2 rue Seyboth

Date de début du cycle de formation :

Complément :

_ _ / _ _ / _ _ _ _

Code postal : 67000

Commune : STRASBOURG

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

_ _ / _ _ / _ _ _ _

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)

Durée de la formation : _ _ _ _ _ heures

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 : _ _ _ _ _ _