MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ,
DES SOLIDARITÉS
ET DES FAMILLES
Liberté
Égalité
Fraternité

Contrat d'apprentissage

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

(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa avant de remplir ce document)

cerfa

N° 10103*14

Mode contractuel de l'apprentissage

L'EMPLOYEUR

☐ **employeur privé** ☐ **employeur « public »***

Nom et prénom ou dénomination :

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :
N° : Voie :
Complément :
Code postal :
Commune :
Téléphone :
Courriel :

N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :
Type d'employeur :
Employeur spécifique :
Code activité de l'entreprise (APE) :
Effectif total salariés de l'entreprise :
Code IDCC de la convention collective applicable :

***Pour les employeurs du secteur public,** adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage : ☐

L'APPRENTI(E)

Nom de naissance de l'apprenti(e) :
Nom d'usage :
Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil :
NIR de l'apprenti(e) :

Adresse de l'apprenti(e) :
N° : Voie :
Complément :
Code postal :
Commune :
Téléphone :
Courriel :

Représentant légal *(à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)*
Nom de naissance et prénom :

Adresse du représentant légal :
N° : Voie :
Complément :
Code postal :
Commune :
Courriel :

Date de naissance : / /
Sexe : ☐ M ☐ F
Département de naissance :
Commune de naissance :
Nationalité : Régime social :
Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau :
☐ Oui ☐ Non
Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé : ☐ Oui ☐ Non
Si non, bénéficiez-vous de droits attachés à la RQTH**:
Équivalence jeunes : ☐ Oui ☐ Non
Extension BOE : ☐ 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 :
Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : ☐ Oui ☐ Non

** **Reportez-vous à la page 4 de la notice pour en savoir plus sur les droits attachés à la RQTH**

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : / /
Courriel :
Emploi occupé :
Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Maître d'apprentissage n°2
Nom de naissance :
Prénom :
Date de naissance : / /
Courriel :
Emploi occupé :
Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

☐ ***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 signatures du présent contrat)
/ /

Date de début d'exécution du contrat :
/ /

Date de début de formation pratique chez l'employeur :
/ /

Si avenant, date d'effet : / /

Durée hebdomadaire du travail :
heures minutes

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : / /

Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : ☐ Oui ☐ Non

Rémunération

** Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)*

1ère année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
2ème année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
3ème année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
4ème 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 :

N° UAI du CFA :

N° SIRET CFA :

Adresse du CFA responsable :
N° : Voie :
Complément :
Code postal :
Commune :

☐ Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :

Diplôme ou titre visé par l'apprenti :

Intitulé précis :

Code du diplôme :

Code RNCP :

Organisation de la formation en CFA :
Date de début de formation en CFA :
/ /
Date prévue de fin des épreuves ou examens :
/ /
Durée de la formation : heures
Dont heures de formation à distance

Lieu principal de réalisation de la formation si différent du CFA responsable :
Dénomination du lieu de formation principal :
N° UAI :
N° SIRET :
Adresse du lieu de formation principal :
N° : Voie :
Complément :
Code postal :
Commune :

☐ ***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 :

Pour remplir le contrat et pour plus d'informations sur les traitements de données, reportez-vous à la notice N°51649#09