



Contrat d'apprentissage

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



N° 10103*08

(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa de remplir ce document)

Mode contractuel de l'apprentissage

L'EMPLOYEUR	<input type="checkbox"/> employeur privé	<input type="checkbox"/> employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : <input type="text"/>	N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : <input type="text"/>	
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :	Type d'employeur : <input type="text"/>	
N° : <input type="text"/> Voie : <input type="text"/>	Employeur spécifique : <input type="text"/>	
Complément : <input type="text"/>	Code activité de l'entreprise (NAF) : <input type="text"/>	
Code postal : <input type="text"/>	Effectif total salariés de l'entreprise : <input type="text"/>	
Commune : <input type="text"/>	Convention collective applicable : <input type="text"/>	
Téléphone : <input type="text"/>		
Courriel : <input type="text"/> @ <input type="text"/>		
	Code IDCC de la convention : <input type="text"/>	
*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 de l'apprenti(e) : <input type="text"/>	
Prénom de l'apprenti(e) : <input type="text"/>	
NIR de l'apprenti(e)* : <i>*Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre L.6353-10 du code du travail</i>	Date de naissance : <input type="text"/>
Adresse de l'apprenti(e) :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
N° <input type="text"/> Voie : <input type="text"/>	Département de naissance : <input type="text"/>
Complément : <input type="text"/>	Commune de naissance : <input type="text"/>
Code postal : <input type="text"/>	Nationalité : <input type="checkbox"/> Régime social : <input type="checkbox"/>
Commune : <input type="text"/>	Déclare être inscrit sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Téléphone : <input type="text"/>	Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Courriel : <input type="text"/> @ <input type="text"/>	Situation avant ce contrat : <input type="text"/>
Représentant légal (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)	Dernier diplôme ou titre préparé : <input type="text"/>
Nom de naissance et prénom : <input type="text"/>	Dernière classe / année suivie : <input type="text"/>
Adresse du représentant légal :	Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : <input type="text"/>
N° <input type="text"/> Voie : <input type="text"/>	Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : <input type="text"/>
Complément : <input type="text"/>	
Code postal : <input type="text"/>	
Commune : <input type="text"/>	

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE	
Maître d'apprentissage n°1	Maître d'apprentissage n°2
Nom de naissance : <input type="text"/>	Nom de naissance : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Date de naissance : <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> <i>L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.</i>	

