



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 : _____ Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : N° Voie Complément : Code postal : I_I_I_I_I_I Commune : Téléphone : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I Courriel : _____@_____	N° SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I Type d'employeur : I_I_I Employeur spécifique : I_I Code activité de l'entreprise (NAF) : I_I_I_I_I_I Effectif total salariés de l'entreprise : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I Convention collective applicable : _____ Code IDCC de la convention I_I_I_I_I_I	
<p>*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage : <input type="checkbox"/></p>		
L'APPRENTI(E)		
Nom de naissance et prénom : _____ Adresse : N° Voie Complément : Code postal : I_I_I_I_I_I Commune : Téléphone : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I Courriel : _____@_____	Date de naissance : I_I_I I_I_I I_I_I_I_I_I Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Département de naissance : I_I_I_I Commune de naissance : _____ Nationalité : I_I Régime social : I_I Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Représentant légal (renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé) Nom de naissance et prénom : _____ Adresse : N° Voie Complément : Code postal : I_I_I_I_I_I Commune :	Situation avant ce contrat : I_I_I Dernier diplôme ou titre préparé : I_I_I Dernière classe / année suivie : I_I_I Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : _____ Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : I_I_I	
LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE		
Nom de naissance et prénom du maître d'apprentissage n°1 : _____	Date de naissance : I_I_I I_I_I I_I_I_I_I_I	
Nom de naissance et prénom du maître d'apprentissage n°2 : _____	Date de naissance : I_I_I I_I_I I_I_I_I_I_I	
<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>		

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 : |4|9|

Dénomination du CFA responsable :



Intitulé précis :

Ecole des fleuristes de PARISBREVET PROFESSIONNEL

N° UAI du CFA : |4|7|5|0|1|1|9|

Code du diplôme : |4|5|0|3|1|2|0|6|

N° SIRET du CFA : |7|8|4|1|7|9|2|1|0|0|0|0|4|1|

Organisation de la formation en CFA :

Adresse : N° 3 Voie RUE HASSARD

Date de début du cycle de formation :

Complément :

|0|1| |0|9| |2|0|2|0|

Code postal : |7|5|0|1|9|

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

Commune : PARIS

|3|0| |0|6| |2|0|2|2|

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)

Durée de la formation : |9|2|0| 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 : |_|_|_|_|_|