cerfa N°10103*05

# CONTRAT D'APPRENTISSAGE

Contrat régi par les articles L. 6221-1 à L. 6226-1 du Code du travail

Cerfa FA13

## L'EMPLOYEUR

**Nom et prénom ou dénomination :** _____

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° Voie

Complément :

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| / Télécopie : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Courriel : _____@ _____

Caisse de retraite complémentaire :

**N°SIRET** de l'établissement d'exécution du contrat :

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Type d'employeur : |_|_|

Employeur spécifique : |_|

Code activité de l'entreprise (NAF) : |_|_|_|_|_|

Effectif salarié de l'entreprise : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Convention collective applicable :

_____

Code IDCC de la convention : |_|_|_|_|

## L'APPRENTI

**Nom et prénom :**

_____

Nom d'usage :

Adresse : N° Voie

Complément :

Code postal |_|_|_|_|_| Commune :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Courriel : _____@ _____

**Représentant légal** *(renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)*

Nom et prénom :

Nom d'usage :

Adresse : N° Voie

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

Département de naissance : |_|_|_|

Régime social : |_|

Sexe : ☐ M ☐ F

Nationalité : |_|

Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé : ☐ 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, si différent du dernier : |_|_|

## LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

**Nom et prénom :**

_____

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

☐ ***L'employeur atteste 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 : |_|_| *(renseigner si une dérogation a été demandée pour ce contrat)*

Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| *(renseigner si ce contrat a eu lieu dans la même entreprise)*

Date de début du contrat ou d'effet de l'avenant : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de fin : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Durée hebdomadaire de travail : |_|_| heures |_|_| minutes

Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : ☐ oui ☐ non

**Rémunération**

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

1re année, du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : ___% du _____*; du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : ___ % du _____*

2e année, du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : ___% du _____*; du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : ___ % du _____*

3e année, du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : ___% du _____*; du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : ___ % du _____*

4e année, du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : ___% du _____*; du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : ___ % du _____*

**Salaire brut mensuel à l'embauche** : |_|_|_|,|_|_| €

Avantages en nature : Nourriture : |_|_|,|_|_| € / jour Logement : |_|_|_|,|_|_| € / mois

## LA FORMATION

Établissement de formation responsable :

ECOLE DES FLEURISTES DE PARIS

N° UAI de l'établissement : |0|7|5|0|7|3|8|V|

Adresse : N° 3 Voie rue Hassard

Complément :

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

Visa de l'établissement de formation (cachet ou signature du directeur)

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : |4|9|

Intitulé précis : BREVET PROFESSIONNEL DE FLEURISTE

Code du diplôme : |4|5|0|3|1|2|0|6|_|

Organisation de la formation :

1re année, du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : |_|_|_| heures

2e année, du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : |_|_|_| heures

3e année, du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : |_|_|_| heures

4e année, du |_|_|_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|_|_| : |_|_|_| heures

Inspection pédagogique compétente : |_|

Date d'inscription de l'apprenti : |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ ***L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires à l'enregistrement du contrat***

Fait le |_|_|_|_|_|_|_|_| à

***Signature de l'employeur*** ***Signature de l'apprenti*** ***Signature du représentant légal de l'apprenti mineur***

## CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME D'ENREGISTREMENT

**Nom de l'organisme :**

_____

N° de gestion interne :

Date de réception du dossier complet : |_|_|_|_|_|_|_|_|

N° d'enregistrement : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

**N° SIRET de l'organisme** : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse de l'organisme : N° Voie

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune :

Date de la décision : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro d'avenant : |_|_|_|_|_|

***Pour remplir le contrat reportez-vous à la notice FA 14 ou effectuez votre démarche en ligne sur le site: www.alternance.emploi.gouv.fr***