



**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

Ministère du travail

**Mode contractuel de l'apprentissage I\_I**

L'EMPLOYEUR	<input type="checkbox"/> employeur privé <input type="checkbox"/> employeur « public »* <sup>‡</sup>
<b>Nom et prénom ou dénomination :</b> <hr/> 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 : _____@_____	<b>N°SIRET</b> 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
<small>*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage : <input type="checkbox"/></small>	

L'APPRENTI(E)	
<b>Nom de naissance et prénom :</b> <hr/> 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_I                      Régime social : I_I_I Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Représentant légal</b> ( <i>renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé</i> )	
Nom de naissance et prénom : <hr/> 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_I Dernière classe / année suivie : I_I_I_I Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : _____ Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : I_I_I_I

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE	
<b>Nom de naissance et prénom du maître d'apprentissage n°1 :</b> <hr/> <b>Nom de naissance et prénom du maître d'apprentissage n°2 :</b> <hr/>	Date de naissance : I_I_I I_I_I I_I_I_I_I_I  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<sup>re</sup> année, du  au  : \_\_\_% du \_\_\_\_\_\* ; du  au  : \_\_\_% du \_\_\_\_\_\*  
 2<sup>e</sup> année, du  au  : \_\_\_% du \_\_\_\_\_\* ; du  au  : \_\_\_% du \_\_\_\_\_\*  
 3<sup>e</sup> année, du  au  : \_\_\_% du \_\_\_\_\_\* ; du  au  : \_\_\_% du \_\_\_\_\_\*  
 4<sup>e</sup> 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 : \_\_\_\_\_

N° UAI du CFA :  Code du diplôme :   
 N° SIRET du CFA :  **Organisation de la formation en CFA :**

Adresse : N° \_\_\_\_\_ Voie \_\_\_\_\_ Date de début du cycle de formation :   
 Complément : \_\_\_\_\_  
 Code postal :  Date prévue de fin des épreuves ou examens :   
 Commune : \_\_\_\_\_

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 :