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 : _____@ _____

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 : |_|_|

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

Nom et prénom :

Nom d'usage :

Adresse : N° Voie

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

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 :

IFPM

N° UAI de l'établissement : |0|9|2|2|2|7|5|Y|

Adresse : N° 4 Voie Boulevard du Levant

Complément :

Code postal: |9|2|0|0|0| Commune : Nanterre

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

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : |3|1|

Intitulé précis : BTS ESTHETIQUE

Code du diplôme : |3|2|0|3|3|6|0|3|_|

Organisation de la formation :

1re année, du |0|1| |0|9| |2|0|1|9| au |3|0| |0|6| |2|0|2|0| : |7|5|0| heures

2e année, du |0|1| |0|9| |2|0|2|0| au |3|0| |0|6| |2|0|2|1| : |6|0|0| heures

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

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

Inspection pédagogique compétente : |_|

Date d'inscription de l'apprenti : |_|_| |_|_| |2|0|1|9|

☐ ***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