



10103*07

Contrat d'apprentissage

(art. L6211-1 et suivants du code du travail)
(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa n°51649#04 avant de remplir ce



N°

document)

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 :		N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :	
_____		_____	
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :			
Type d'employeur : _ _			
N° _____ Voie _____		Employeur spécifique : _	
Complément :		Code activité de l'entreprise (NAF) : _ _ _ _ _	
Code postal : _ _ _ _ _		Commune : _____	
Effectif total salariés de l'entreprise : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Convention collective applicable : _____			
Courriel : _____ @ _____		Code IDCC de la convention _ _ _ _	
*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 et prénom :		Date de naissance : _ _ _ _ _ _ _ _	
_____		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Département de naissance : _ _ _	
Adresse : N° _____ Voie _____		Commune de naissance : _____	
Complément :		_____	
Code postal : _ _ _ _ _		Nationalité : _	
Commune : _____		Régime social : _	
Téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Courriel : _____ @ _____			
Représentant légal (<i>renseigner si l'apprenti est mineur non</i>)		Situation avant ce contrat : _ _ émanché	
Nom de naissance et prénom :		Dernier diplôme ou titre préparé : _ _	
_____		Dernière classe / année suivie : _ _	
Adresse : N° _____ Voie _____		Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : _____	
Complément :		_____	
Code postal : _ _ _ _ _		Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : _ _	
Commune : _____			
LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE			

Nom de naissance et prénom du maître Date de naissance : _ _ _ _ _ d'apprentissage n°1 :

Nom de naissance et prénom du maître
d'apprentissage n°2 :

Date de naissance : _ _ _ _ _

L'employeur atteste sur l'honneur 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 : _ _ _ _ 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 Si avenant, date d'effet : contrat :
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Date de fin du contrat ou de la période Durée hebdomadaire du travail : d'apprentissage :
_ 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 : I551

Dénomination du CFA responsable : Intitulé précis :

CFA DE L'UNIVERISTE LE HAVRE NORMANDIE DUT Gestion Logistique et Transport

N° UAI du CFA : 0763164B

Code du diplôme : 35031102

N° SIRET du CFA : 197 627 623 00097

Organisation de la formation en CFA :

Adresse : N° 25 rue Philippe Lebon

Date de début du cycle de formation :

Complément : BP 1123

14/09/2020

Code postal : 76063

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

Commune : LE HAVRE

14/09/2021

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)

Durée de la formation : 630 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 : |_|_|_|_|_|

Pour remplir le contrat et pour plus d'informations sur le traitement des données reportez-vous à la notice FA 14