Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail

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 document)

cerfa

N° FA 13

Mode contractuel de l'apprentissage I_I

L'EMPLOYEUR ☐ **employeur privé** ☐ **employeur « public »***

Nom et prénom ou dénomination : _____

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

I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

Type d'employeur : I_I_I

N° Voie

Employeur spécifique : I_I

Complément :

Code activité de l'entreprise (NAF) : I_I_I_I_I_I

Code postal : I_I_I_I_I_I

Commune : Effectif total salariés de l'entreprise : I_I_I_I_I_I_I_I_I Téléphone : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Convention collective applicable :

_____

Courriel :

_____@_____

Code IDCC de la convention I_I_I_I_I

***Pour les employeurs du secteur public,** adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage : ☐

L'APPRENTI(E)

Nom de naissance et prénom :

Date de naissance : I_I_I I_I_I I_I_I_I_I

_____Sexe : ☐ M ☐ F Département de naissance : I_I_I_I

Adresse : N° Voie

Commune de naissance :

_____

Complément :

Code postal : I_I_I_I_I_I

Commune :

Téléphone : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Courriel : _____@_____

Nationalité : I_I Régime social : I_I

Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé : ☐ oui ☐ non

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

Situation avant ce contrat : I_I_I

Nom de naissance et prénom :

_____

Dernier diplôme ou titre préparé : I_I_I

Dernière classe / année suivie : I_I_I

Adresse : N° Voie

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

_____

Complément :

Code postal : I_I_I_I_I_I

Commune :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : I_I_I

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Nom de naissance et prénom du maître Date de naissance : I_I_I I_I_I I_I_I_I_I **d'apprentissage n°1 :**

_____

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

_____

☐ ***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 : I_I_I Type de dérogation : I_I_I à *renseigner si dérogation pour ce contrat*

Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I_I

Date de conclusion : I_I_I I_I_I I_I_I_I_I Date de début d'exécution du I_I_I I_I_I I_I_I_I_I Si avenant, date d'effet : contrat : I_I_I I_I_I I_I_I_I_I

Date de fin du contrat ou de la période I_I_I I_I_I I_I_I_I_I I_I_I I_I_I I_I_I_I_I Durée hebdomadaire du travail : d'apprentissage : I_I_I heures I_I_I minutes

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

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

1re année, du I_I_I I_I_I I_I_I_I_I au I_I_I I_I_I I_I_I_I_I : ___% du _____* ; du I_I_I I_I_I I_I_I_I_I au I_I_I I_I_I I_I_I_I_I : ___% du *

2e année, du I_I_I I_I_I I_I_I_I_I au I_I_I I_I_I I_I_I_I_I : ___% du _____* ; du I_I_I I_I_I I_I_I_I_I au I_I_I I_I_I I_I_I_I_I : ___% du *

3e année, du I_I_I I_I_I I_I_I_I_I au I_I_I I_I_I I_I_I_I_I : ___% du _____* ; du I_I_I I_I_I I_I_I_I_I au I_I_I I_I_I I_I_I_I_I : ___% du *

4e année, du I_I_I I_I_I I_I_I_I_I au I_I_I I_I_I I_I_I_I_I : ___% du _____* ; du I_I_I I_I_I I_I_I_I_I au I_I_I I_I_I I_I_I_I_I : ___% du *

Salaire brut mensuel à l'embauche : I_I_I_I_I,I_I_I € Caisse de retraite complémentaire : _____

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : I_I_I,I_I_I € / repas Logement : I_I_I_I,I_I_I € / mois Autre : I_I

LA FORMATION

CFA d'entreprise : ☐ oui ☐ non Diplôme ou titre visé par l'apprenti : I73I

Dénomination du CFA responsable : Intitulé précis :

CFA DE L'UNIVERSITE LE HAVRE NORMANDIE **Master Informatique (IWOCS)**

N° UAI du CFA : 0763164B Code du diplôme : 13532688

N° SIRET du CFA : 197 627 623 00097 **Organisation de la formation en CFA** :

Adresse : N° 25 rue Philippe Lebon
Complément : BP 1123
Code postal : 76063
Commune : LE HAVRE

Date de début du cycle de formation :
14/09/2020

Date prévue de fin des épreuves ou examens :
30/09/2021

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) Durée de la formation : 400 heures

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