Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail

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° 10103*07

FA 13

Mode contractuel de l'apprentissage l_l

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

Nom et prénom ou dénomination :

_____

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° Voie

Complément :

Code postal : l_l_l_l_l

Commune :

Téléphone : l_l_l_l_l_l_l_l_l_l

Courriel :

_____@_____

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

Type d'employeur : l_l

Employeur spécifique : l_l

Code activité de l'entreprise (NAF) : l_l_l_l_l

Effectif total salariés de l'entreprise : l_l_l_l_l_l_l_l

Convention collective applicable :

_____

Code IDCC de la convention l_l_l_l

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

L'APPRENTI(E)

Nom de naissance et prénom :

_____

Adresse : N° Voie

Complément :

Code postal : l_l_l_l_l

Commune :

Téléphone : l_l_l_l_l_l_l_l_l_l

Courriel : _____@_____

Date de naissance : l_l_l l_l_l l_l_l_l

Sexe : ☐ M ☐ F Département de naissance : l_l_l

Commune de naissance : _____

Nationalité : l_l Régime social : l_l

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

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

Nom de naissance et prénom :

_____

Adresse : N° Voie

Complément :

Code postal : l_l_l_l_l

Commune :

Situation avant ce contrat : l_l_l

Dernier diplôme ou titre préparé : l_l_l

Dernière classe / année suivie : l_l_l

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

_____

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : l_l_l

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

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

_____

Date de naissance : l_l_l l_l_l l_l_l_l_l

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

_____

Date de naissance : l_l_l l_l_l l_l_l_l_l

☐ ***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 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)*

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 : |_|_|_|_|,|_|_| € Caisse de retraite complémentaire : _____

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : |_|_|,|_|_| € / repas Logement : |_|_|_|,|_|_| € / mois Autre : ☐

LA FORMATION

CFA d'entreprise : ○ oui ⊙ non

Dénomination du CFA responsable : CFA ENSUP LR

N° UAI du CFA : |0|3|4|2|3|3|8|G|

N° SIRET du CFA : |1|3|0|0|2|0|5|4|8|0|0|3|3|0|

Adresse : N° 99 Voie AVENUE D'OCCITANIE
Complément : CS 79235
Code postal : |3|4|1|9|7|
Commune : MONTPELLIER CEDEX 5

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : |7|1|

Intitulé précis : M2 Ingénierie de la Santé parcours Management des opérations cliniques, data management opt données clini

Code du diplôme : |1|3|5|3|3|1|0|3|

Organisation de la formation en CFA :

Date de début du cycle de formation : |0|7| |0|9| |2|0|2|0

Date prévue de fin des épreuves ou examens : |0|7| |0|9| |2|0|2|1

Durée de la formation : |0|4|8|1| 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