

PROJET DE CONTRAT D'APPRENTISSAGE

ENGAGEMENT DE L'ENTREPRISE D'ACCUEIL EN APPRENTISSAGE

TOUS LES CHAMPS SONT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT POUR LA SAISIE DU CONTRAT D'APPRENTISSAGE

Dénomination de l'entreprise :

NOM - Prénom du responsable et fonction :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone(s) : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ | ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Email :

SIRET : _____

CODE APE/NAF : _____

N° IDCC – Convention Collective Applicable : ____

Nombre de salariés dans l'entreprise :

Secteur privé : nom de l'OPCO :

Secteur public : numéro d'ACC obligatoire (demande d'accord préalable au financement) :
.....

Cotisez-vous à l'assurance chômage pour les apprentis ? Oui Non

Caisse de retraite complémentaire :

Nom et prénom de la personne en charge du **suivi administratif** du contrat :

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Email :

Maître d'apprentissage 1

Maître d'apprentissage 2

Fonction :

Fonction :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Dernier diplôme obtenu

Dernier diplôme obtenu

Confirme son intention d'établir un contrat d'apprentissage du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Avec l'apprenti(e) NOM Prénom :

Formation envisagée :

Durée de la formation : 1 an 2 ans

Signature du responsable et cachet de l'entreprise :	Signature du responsable légal si l'apprenant est mineur Signature de l'apprenant s'il est majeur

RENSEIGNEMENTS FUTUR(E) APPRENTI(E)

TOUS LES CHAMPS SONT A REMPLIR OBLIGATOIREMENT POUR LA SAISIE DU CONTRAT D'APPRENTISSAGE

NOM et Prénom

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Sexe : M F Autre

Département de naissance : ____ Commune de naissance :.....

Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone de l'apprenti(e) : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Email de l'apprenti(e)

Numéro de sécurité sociale de l'apprenti(e) (voir attestation sur ameli.fr ou msa.fr) :

Régime social : CPAM MSA

Dernier diplôme obtenu :

C'est un premier contrat d'apprentissage : oui non

Situation de l'année 2025-2026 :

- Apprenti, **n° du contrat (OBLIGATOIRE, à demander à l'ancien CFA si besoin)** :
- Scolaire, en classe de
- Déscolarisé
- Salarié
- Autre :

Spécificités du contrat :

- Nouvelle formation
- Redoublement
- Suite à une rupture de contrat pendant le cycle de formation

Reconnu travailleur en situation de handicap (RQTH) :

- Oui (merci de fournir l'attestation MDPH) Non

**RENSEIGNEMENTS RESPONSABLE LEGAL SI APPRENTI(E) MINEUR(E) AU MOMENT DE L'ENTREE EN FORMATION
(À REMPLIR PAR LE RESPONSABLE LEGAL)**

NOM et Prénom du représentant légal :

Téléphone : ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Email :

Adresse (si différente de celle de l'apprenti) :

Pour toutes questions liées au contrat d'apprentissage, l'accompagnement dans l'étude de faisabilité du projet, contacter :

Mme Sabrina BOYER – Secrétaire – Comptable – Gestion contrats d'apprentissage

Tel : 01.34.57.15.60 - Mail : sabrina.boyer@mfr.asso.fr

Rappel : Selon la loi N°2013-595 du 8 juillet 2013, les élèves âgés de 15 ans révolus et sortis de 3^{ème} peuvent souscrire un contrat d'apprentissage, par conséquent la signature du contrat est possible à partir de la date anniversaire de l'élève.