

A imprimer, compléter et renvoyer par email à :
contrat.apprentissage@cfmda.fr

EMPLOYEUR

Dénomination : _____ Siret : _____
 Nom et Prénom du chef d'entreprise : _____ L'employeur est un ascendant de l'apprenti : Oui Non
 Adresse du lieu d'apprentissage : _____ Code APE : _____ Organisme cotisations S.S. : URSSAF M.S.A.
 Code postal : _____ Ville : _____ Nombre de salariés : _____
 Téléphone : _____ Fax : _____ Convention Collective : _____
 Mobile : _____ N° d'identification Convention Collective (IDCC) : _____
 Caisse Retraite complémentaire des salariés : _____
 Mail : _____ @ _____
 Coordonnées de votre comptable : _____

POUR UN TRAITEMENT PLUS RAPIDE, VOTRE DOSSIER VOUS SERA TRANSMIS PAR MAIL

MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

CONDITIONS POUR ÊTRE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE :

Le chef d'entreprise ou un salarié pouvant justifier :

- Soit d'un diplôme équivalent à celui préparé par l'apprenti et de 1 an de pratique professionnelle (hors période de formation)
- Soit 2 ans de pratique professionnelle en relation avec la formation envisagée par l'apprenti (hors période de formation)

Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : _____
 Mail obligatoire : _____ @ _____
 Souhaitez-vous indiquer un 2^{ème} Maître d'apprentissage ? Oui Non
 Si oui, Nom : _____ Prénom : _____ Né(e) le : _____

CONTRAT D'APPRENTISSAGE

Date de début de contrat : _____ Date de fin de contrat : _____ Durée : _____ an(s) Durée hebdo. de travail : _____ h/semaine
 Diplôme préparé : _____ Métier : _____ Option : _____
 Nom et adresse du CFA : CFA CFMDA - 5 Rue de la Sablière - 26250 LIVRON SUR DROME
 L'apprenti va-t-il utiliser des Machines Dangereuses ou effectuer des travaux dangereux : Oui Non

APPRENTI

Nom : _____ Né(e) le : _____ Département de naissance : _____
 Prénom : _____ Lieu de naissance : _____
 Adresse : _____ Sexe : F M Nationalité : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ Reconnaissance travailleur handicapé : Oui Non En cours
 Téléphone : _____ Dernière situation : Apprenti Scolaire
 Mail : _____ @ _____ Salarié Demandeur d'emploi
 N° de sécurité sociale : _____ Autre (à préciser) : _____
 Représentant légal pour le mineur : Père Mère Tuteur
 Dernière Classe fréquentée : 3^{ème} 2^{ème} 1^{ère} Terminale
 Nom : _____ Autre (à préciser) : _____
 Prénom : _____ Dernier établissement scolaire fréquenté | Année de fin d'étude : _____
 Adresse (si différente de l'apprenti) : _____ Collège Lycée général Lycée Pro. Autre (à préciser) : _____
 Code postal : _____ Ville : _____ Niveau du dernier diplôme obtenu : CAP B.P. Bac Pro Bac BTS
 Téléphone : _____ Autre (à préciser) : _____
 Mobile : _____ Intitulé du dernier diplôme obtenu : _____
 Mail : _____ @ _____ Intitulé et niveau du diplôme le plus élevé : _____
 Le jeune a déjà été sous contrat d'apprentissage : Oui* Non

* si « Oui » : nous joindre une copie du dernier contrat et sa rupture éventuelle

Date : _____

J'atteste sur l'honneur que le Maître d'apprentissage désigné ci-dessus remplit les conditions de compétence

Signature du chef
d'entreprise et
Cachet de l'entreprise