

Établissement d'un nouveau contrat d'apprentissage

Modification d'un contrat existant (ne remplir que les parties concernées sur la fiche)

Date de modification : .....

L'employeur	
Nom de l'établissement : .....	
Adresse : .....	
Code postal : ..... Ville : .....	
Téléphone : .....	
Courriel : .....	
Nom du directeur ou de la directrice : .....	
Effectif total de salariés : .....	
Régime social : <input type="checkbox"/> MSA <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> URSSAF</span>	
Numéro SIRET : .....	
Code IDCC : .....	
Nom de votre OPCO : ..... Code NAF : .....	
<input type="checkbox"/> Secteur privé <input type="checkbox"/> Secteur public <span style="margin-left: 50px;">Caisse de retraite : .....</span>	
<b>Type d'employeur :</b>	
<input type="checkbox"/> Entreprise inscrite au répertoire des métiers ou au registre des entreprises pour l'Alsace-Moselle <input type="checkbox"/> Entreprise inscrite uniquement au registre du commerce et des sociétés <input type="checkbox"/> Entreprise dont les salariés relèvent de la mutualité sociale agricole <input type="checkbox"/> Profession libérale <input type="checkbox"/> Association <input type="checkbox"/> Autre employeur privé	<input type="checkbox"/> Service de l'État <input type="checkbox"/> Commune <input type="checkbox"/> Département <input type="checkbox"/> Région <input type="checkbox"/> Établissement public hospitalier <input type="checkbox"/> Établissement public local d'enseignement <input type="checkbox"/> Établissement public administratif local <input type="checkbox"/> Autre employeur public
Maître(s) d'apprentissage	
<input type="checkbox"/> Madame <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Monsieur</span> Nom : ..... Prénom : ..... Nom de naissance : ..... Date de naissance : ..... N° de Sécurité Sociale : ..... Courriel : ..... Emploi occupé : ..... Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : .....	<input type="checkbox"/> Madame <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Monsieur</span> Nom : ..... Prénom : ..... Nom de naissance : ..... Date de naissance : ..... N° de Sécurité Sociale : ..... Courriel : ..... Emploi occupé : ..... Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : .....
L'apprenti	
<input type="checkbox"/> Madame <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Monsieur</span> Nom : ..... Prénom : .....	
Nom de naissance : ..... Nationalité : .....	
Né(e) le : ..... à : .....	
Adresse postale : .....	
Code postal : ..... Ville : .....	
Téléphone fixe : ..... portable : .....	
Courriel : .....	
N° de Sécurité Sociale : .....	
N° INE ou BEA de l'apprenti : .....	

(numéro de 11 caractères figurant sur les convocations aux examens ou relevé de notes obtenus à l'issue de l'examen)

**Les missions et tâches :** Décrivez en quelques points les missions et tâches qui seront confiées à l'apprenti.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Apprenti(e) en situation de handicap :  Oui  Non

Disposant d'une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH) :  Oui  Non  En attente

Apprenti orienté par une mission locale ou une PAIO :  Oui  Non

Dernier diplôme ou titre préparé : ..... Année validée :  Oui  Non

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : .....

Formation suivie à la rentrée : .....

Site de :  Strasbourg  Schiltigheim  Mulhouse

**Situation précise de l'année précédant votre 1<sup>ère</sup> entrée en apprentissage (plusieurs réponses possibles) :**

Scolarité type collège, y compris en SEGPA

Second cycle général et technologique

Second cycle professionnel

Enseignement supérieur

Précisez votre réponse : .....

Contrat de professionnalisation

En Emploi

Stagiaire

Demandeur d'emploi

Autre situation (précisez) : .....

**Apprenti(e) scolarisé l'année précédant le contrat, indiquez :**

Nom de l'établissement : .....

Adresse de l'établissement : .....

Classe fréquentée : .....

**Apprenti(e) mineur(e), précisez :**

Nom et prénom du représentant légal : .....

Métier du représentant légal : .....

Catégorie Socio-Professionnelle du représentant légal :

Agriculteur exploitant

Employés

Artisan, commerçant, chef d'entreprise

Ouvriers

Cadres et professions intellectuelles supérieures

Retraités

Professions intermédiaires

Autres personnes sans activité professionnelle

### Le contrat

Date de signature du contrat : .....

Contrat du : ..... Au : .....

Temps de travail hebdomadaire : .....

Rémunération brute :

SMC, précisez le salaire brut mensuel : .....  SMIC