



(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa n°51649#04 avant de remplir ce document)



FA 13

L'EMPLOYEUR		<input type="checkbox"/> employeur privé	<input type="checkbox"/> employeur « public »*
<b>Nom et prénom ou dénomination :</b>		<b>N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :</b>	
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
<b>Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :</b>		<b>Type d'employeur :</b>  _ _	
N°	Voie	Employeur spécifique :  _ _	
<b>Complément :</b>		<b>Code activité de l'entreprise (NAF) :</b>  _ _ _ _ _	
<b>Code postal :</b>  _ _ _ _ _		<b>Effectif total salariés de l'entreprise :</b>  _ _ _ _ _ _ _ _	
<b>Commune :</b>		<b>Convention collective applicable :</b>	
<b>Téléphone :</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
<b>Courriel :</b>		=	
		<b>Code IDCC de la convention</b>  _ _ _ _	
<b>*Pour les employeurs du secteur public,</b> adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage : <input type="checkbox"/>			
L'APPRENTI(E)			
<b>Nom de naissance et prénom :</b>		<b>Date de naissance :</b>  _ _   _ _   _ _ _ _	
		<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <b>Département de naissance :</b>  _ _ _	
<b>Adresse : N°</b>		<b>Commune de naissance :</b> _____	
<b>Voie</b>			
<b>Complément :</b>		<b>Nationalité :</b>  _ _	
<b>Code postal :</b>  _ _ _ _ _		<b>Régime social :</b>  _ _	
<b>Commune :</b>		<b>Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé :</b>	
<b>Téléphone :</b>  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
<b>Courriel :</b> _____@_____		<b>Situation avant ce contrat :</b>  _ _ _	
<b>Représentant légal</b> ( <i>renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé</i> )		<b>Dernier diplôme ou titre préparé :</b>  _ _ _	
<b>Nom de naissance et prénom :</b>		<b>Dernière classe / année suivie :</b>  _ _ _	
		<b>Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :</b>	
<b>Adresse : N°</b>			
<b>Voie</b>			
<b>Complément :</b>		<b>Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :</b>  _ _ _	
<b>Code postal :</b>  _ _ _ _ _			
<b>Commune :</b>			
LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE			
<b>Nom de naissance et prénom du maître d'apprentissage n°1 :</b>		<b>Date de naissance :</b>  _ _   _ _   _ _ _ _	
<b>Nom de naissance et prénom du maître d'apprentissage n°2 :</b>		<b>Date de naissance :</b>  _ _   _ _   _ _ _ _	
<input type="checkbox"/> 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 dérogation :  à renseigner si dérogation pour ce contrat

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

\* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

**Salaires et avantages**

**Salaires**

**Salaires mensuels**

**Salaires avant déduction des cotisations sociales :** \_\_\_\_\_ €

**Salaires nets mensuels :** \_\_\_\_\_ €

**Salaires brut mensuel à l'embauche :** |\_|\_|\_|\_|,|\_|\_| €

**Caisse de retraite complémentaire :** \_\_\_\_\_

**Avantages en nature, le cas échéant :**

**Nourriture :** |\_|\_|\_|\_| € / repas

**Logement :** |\_|\_|\_|\_| € / mois

**Autre :** |\_|\_|\_|\_| €

LA FORMATION	
--------------	--

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

Intitulé précis :

Code du diplôme : | | | | | | | | |

### Organisation de la formation en CFA :

Date de début du cycle de formation :  
|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Date prévue de fin des épreuves ou examens :  
|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Durée de la formation : 1 1 1 1 1 heures

☐ *L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat*

Fait à

**Signature du représentant légal de l'apprenti(e) mineur(e)**

<p align="center"><b>CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME EN CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT</b></p>	
--	--

**N° SIRET de l'organisme :** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Date de la décision : | | | | | | | | | |

Numéro d'avenant : | | | | |