

Rédaction du contrat d'apprentissage : École des Métiers      Entreprise

**Document à compléter et retourner par mail @ au moins 15 jours  
avant la date de début d'exécution du contrat**

Filière Automobile/Cycle/Optique/Fleuriste/Compta      Filière Alimentation/Vente/Commerce      Filière Coiffure/Hotellerie-restauration  
03 80 68 48 83 - christelleblanc@ecoledesmetiers.fr      03 80 68 48 85 - magalisieroslowski@ecoledesmetiers.fr      03 73 55 16 40 - sylvieseukpanya@ecoledesmetiers.fr

## EMPLOYEUR

Dénomination : ..... SIRET : .....  
NOM du chef d'entreprise : ..... Prénom : .....  
Adresse du lieu d'apprentissage : ..... CP VILLE : .....  
Téléphone : ..... Portable : ..... Mail : .....  
Code IDCC de la convention collective applicable : ..... Code d'activité NAF : .....  
Caisse de retraite complémentaire (des salariés) : ..... Couverture Sécurité Sociale : URSSAF ou MSA  
Effectif de l'entreprise : ..... Organisme de référence : CMA CCI Autre

**Tout renseignement incomplet retardera son traitement - TOUS LES CHAMPS SONT OBLIGATOIRES -**

## MAITRE D'APPRENTISSAGE N° 1

Le maître d'apprentissage est-il l'employeur ? oui non

NOM : ..... Prénom : ..... Né(e) le : ..... Emploi occupé : .....

**Mail obligatoire :** ..... Diplôme / titre le plus élevé obtenu : .....

NIR (n° de sécurité sociale) : ..... Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : .....

MAITRE D'APPRENTISSAGE N°2 ► FACULTATIF NOM : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....

NIR (n° de sécurité sociale) : ..... Emploi occupé : .....

**Mail obligatoire :** ..... Diplôme / titre (ou niveau) le plus élevé obtenu : .....

## APPRENTI (E)

NOM : ..... Prénom : ..... Sexe :  homme  femme

Adresse : ..... Code Postal : ..... Commune : .....

Nationalité (Attention si nationalité hors UE : l'autorisation de travail doit être délivrée avant l'embauche) : .....

Né(e) le : ..... Lieu de naissance : ..... Département : .....

N° Sécurité sociale (de l'apprenti) : ..... à récupérer sur le compte <https://www.ameli.fr/>  
Numéro présent sur l'attestation Ameli des parents

Téléphone : ..... Portable : ..... Mail : .....

Dernier établissement scolaire : ..... Dernière classe fréquentée : .....  
 03ème  Sde  1ère  autre

Intitulé du dernier diplôme obtenu : .....

Intitulé du diplôme le plus élevé si différent du dernier obtenu : .....

Situation avant le contrat :  O scolaire  O apprenti  O demandeur d'emploi  O salarié  O autre : .....

Reconnaissance travailleur handicapé :  O oui  O non  O en cours

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau

**Si le jeune était déjà apprenti dans un  
autre CFA, nous communiquer le  
n° d'enregistrement +  
copie du précédent contrat**

## REPRESENTANT LEGAL (pour les mineurs)

NOM : ..... Prénom : ..... Lien parenté :  père  mère  tuteur

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

Téléphone : ..... Portable : .....

**Mail représentant légal obligatoire :** .....

## CONTRAT D'APPRENTISSAGE

Premier contrat

Nouveau contrat

Poursuite formation (contrat suite à rupture)

Date de début du contrat : ..... Date de fin du contrat : ..... Durée hebdomadaire : .....

Diplôme préparé (CAP, BP, Bac Pro, MC...) : ..... Métier : .....

L'apprenti va-t-il utiliser des Machines Dangereuses ou effectuer des travaux dangereux :  oui  non

Vous avez **déjà été l'employeur d'un apprenti à l'École des Métiers**? Nous déposons pour vous le contrat directement auprès de la plateforme de votre OPCO. Vous demeurez responsable des informations saisies sur le contrat d'apprentissage. **Mandat de Gestion à l'EDM : oui non**

Date : .....

Signature de l'employeur :