

Mode contractuel de l'apprentissage

L'EMPLOYEUR

☐ employeur privé

☐ employeur « public »*

Nom et prénom ou dénomination :

N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

Type d'employeur :

N° : Voie :

Employeur spécifique :

Complément :

Code activité de l'entreprise (APE) :

Code postal :

Effectif total salariés de l'entreprise :

Commune :

Téléphone :

Code IDCC de la convention collective applicable :

Courriel :

*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage : ☐

L'APPRENTI(E)

Nom de naissance de l'apprenti(e) :

Nom d'usage :

Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil :

NIR de l'apprenti(e) :

Date de naissance : / /

Sexe : ☐ M ☐ F

Adresse de l'apprenti(e) :

Département de naissance :

N° : Voie :

Commune de naissance :

Complément :

Nationalité : Régime social :

Code postal :

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau :

Commune :

☐ Oui ☐ Non

Téléphone :

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur

Courriel :

handicapé : ☐ Oui ☐ Non

Représentant légal (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)

Si non, bénéficiez-vous de droits attachés à la RQTH**:

Nom de naissance et prénom :

Équivalence jeunes : ☐ Oui ☐ Non

Adresse du représentant légal :

Extension BOE : ☐ Oui ☐ Non

N° : Voie :

Situation avant ce contrat :

Complément :

Dernier diplôme ou titre préparé :

Code postal :

Dernière classe / année suivie :

Commune :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Courriel :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Déclare avoir un projet de création ou de reprise

d'entreprise : ☐ Oui ☐ Non

** Reportez-vous à la page 4 de la notice pour en savoir plus sur les droits attachés à la RQTH

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Nom de naissance :

Prénom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Date de naissance : / /

Courriel :

Courriel :

Emploi occupé :

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

☐ 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 contrat ou d'avenant : Type de dérogation : à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat
Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant :
Date de conclusion : (Date de signatures du présent contrat) Date de début d'exécution du contrat : Date de début de formation pratique chez l'employeur :
Si avenant, date d'effet : Durée hebdomadaire du travail : heures minutes
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage :
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : ☐ Oui ☐ Non

Rémunération

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1^{ère} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
2^{ème} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
3^{ème} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *
4^{ème} année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *

Salaire brut mensuel à l'embauche :

Caisse de retraite complémentaire :

, €

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : , € / repas Logement : , € / mois Autre :

LA FORMATION

CFA d'entreprise : ☐ Oui ☒ Non

Dénomination du CFA responsable :

FORMA SANTE

N° UAI du CFA : 0451778N

N° SIRET CFA : 420 309 627 00115

Adresse du CFA responsable :

N° : 50 Voie : rue Tudelle

Complément :

Code postal : 45100

Commune : ORLEANS

☐ Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 38

Intitulé précis :

Diplôme d'État d'Ambulancier (DEA)

Code du diplôme : 56033105

Code RNCP : 36542

Organisation de la formation en CFA :

Date de début de formation en CFA :

30 / 11 / 2026

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

28 / 01 / 2028

Durée de la formation : 556 heures

Dont 0 heures de formation à distance

Lieu principal de réalisation de la formation si différent du CFA responsable :

Dénomination du lieu de formation principal :

FORMA SANTE - IFA Brest

N° UAI : 0451778N

N° SIRET : 420 309 627 00073

Adresse du lieu de formation principal :

N° : 9 Voie : rue de Vendée

Complément :

Code postal : 29200

Commune : BREST

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

Fait à :

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(e)

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

CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME EN CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT

Nom de l'organisme :

N° SIRET de l'organisme :

Date de réception du dossier complet : / /

Date de la décision : / /

N° de dépôt :

Numéro d'avenant :

Pour remplir le contrat et pour plus d'informations sur les traitements de données, reportez-vous à la notice N°51649#09