

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° : [REDACTED] Voie : [REDACTED]

Employeur spécifique :

Complément : [REDACTED]

Code activité de l'entreprise (APE) :

Code postal : [REDACTED]

Effectif total salariés de l'entreprise :

Commune : [REDACTED]

Code IDCC de la convention collective applicable :

Téléphone : [REDACTED]

Courriel : [REDACTED]

*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 : [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Sexe : M F

Département de naissance :

Commune de naissance :

Nationalité : [REDACTED] Régime social : [REDACTED]

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

Oui Non

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : Oui Non

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

Équivalence jeunes : Oui Non

Extension BOE : Oui Non

Situation avant ce contrat :

Dernier diplôme ou titre préparé :

Dernière classe / année suivie :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : Oui Non

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

Nom de naissance et prénom :

Adresse du représentant légal :

N° : [REDACTED] Voie : [REDACTED]

Complément : [REDACTED]

Code postal : [REDACTED]

Commune : [REDACTED]

Courriel : [REDACTED]

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

** 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 : [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Date de naissance : [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

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 : [REDACTED] Type de dérogation : [REDACTED] à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat

Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : [REDACTED]

Date de conclusion :
(Date de signatures du présent contrat)

Date de début d'exécution du
contrat : [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Date de début de formation pratique chez
l'employeur : [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Si avenant, date d'effet : [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Durée hebdomadaire du travail :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

[REDACTED] heures [REDACTED] minutes

Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : Oui Non

Rémunération

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

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

Salaire brut mensuel à l'embauche :

[REDACTED], [REDACTED] €

Caisse de retraite complémentaire :

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

LA FORMATION

CFA d'entreprise : Oui Non

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 38

Dénomination du CFA responsable :

Intitulé précis :

FORMA SANTE

Diplôme d'État d'Ambulancier (DEA)

N° UAI du CFA : 0451778N

Code du diplôme : 56033105

N° SIRET CFA : 420 309 627 00115

Code RNCP : 36542

Adresse du CFA responsable :

N° : 50 Voie : rue Tudelle

Organisation de la formation en CFA :

Complément :

Date de début de formation en CFA :

Code postal : 45100

30 / 11 / 2026

Commune : ORLEANS

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

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

28 / 01 / 2028

Durée de la formation : 556 heures

Dont 0 heures de formation à distance

VISA du CFA (cachet et signature du directeur) :

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 : [REDACTED]

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

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(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 : [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

Date de la décision : [REDACTED] / [REDACTED] / [REDACTED]

N° de dépôt :

Numéro d'avenant : [REDACTED]