

**FICHE DE RENSEIGNEMENT ENTREPRISE
CONTRAT D'APPRENTISSAGE**



Recrutement pour la formation :	CAPa Jardinier Paysagiste	BP Aménagements paysagers	CS Caprin	BTS ACS'AGRI
L' ENTREPRISE				
Nom commercial :				
Adresse :				
Code postal :		Ville :		
Téléphone :		Mobile :		
Mail :				
Nom de la société :				
Effectif :				
Statut juridique :		N° de SIRET :		
Code NAF :		N° IDCC (ex : paysage = 7018 / agriculture = 7024) :		
Caisse de retraite complémentaire :				

LE MAITRE D'APPRENTISSAGE		
Nom - Prénom du représentant :	Fonction :	
Nom et prénom du maître d'apprentissage 1 :	Emploi occupé :	Date de naissance :
Numéro de Sécurité Sociale :	Mail :	
Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :	Niveau de diplôme le plus élevé obtenu :	
Nom et prénom du maître d'apprentissage 2 :	Emploi occupé :	Date de naissance :
Numéro de Sécurité Sociale :	Mail :	
Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :	Niveau de diplôme le plus élevé obtenu :	

L'APPRENTI(E)		
Nom d'usage :	Le 1er Prénom (selon l'état civil) :	2ème et 3ème prénoms (si vous avez) :
Adresse de l'apprenti(e)		
Code postal :	Ville :	
Date de naissance :	Téléphone de l'apprenti(e) :	Mail de l'apprenti(e) :
Commune de naissance :	Département de naissance :	Numéro de Sécurité Sociale (1) :
Dernier Diplôme préparé (titre exact) :	Dernier Diplôme obtenu :	
Dernier établissement fréquenté (nom et commune) :		
Dernière classe suivie :	Situation avant contrat :	
L'apprenti(e) a-t-il (elle) suivi cette formation en apprentissage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, le taux et le montant de sa dernière rémunération :	%	€ Le numéro de contrat précédent :
Inscrit à Pôle Emploi :	Durée :	
Si oui, numéro d'inscription :	Durée :	
L'apprenti(e) bénéficie d'un reconnaissance travailleur handicapé :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Equivalence Jeunes (2)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Extension BOE (3)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
L'apprenti(e) déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si mineur, NOM du tuteur :	Prénom :	Téléphone du tuteur : Mail :

LE CONTRAT			
Type de contrat	CDD	CDI	Durée hebdomadaire :
Date de début :	Date de fin :		
Date de conclusion du contrat :			
Avantages en nature (le cas échéant) :	Nourriture : €	Hébergement : €	
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Poste occupé pendant le contrat :			
Salaire brut à l'embauche par mois :			

L'OPCO	
Nom :	

L'employeur donne mandat au centre pour le dépôt du contrat auprès de l'OPCO

 oui

 non

Si non, l'employeur s'engage à faire les démarches auprès de l'OPCO afin que le contrat d'apprentissage soit enregistré

Signature du maître d'apprentissage

Signature de l'apprenti

(1) Numéro Sécurité Sociale ; Si mineur, n° indiqué sur l'attestation de sécurité sociale, en-dessous de l'assuré principal, dont dépend l'apprenti-e

(2) Jeunes âgés de 15 à 20 ans avec un Droit ouvert à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), la prestation de compensation du handicap (PCH) ou bénéficiaire d'un projet personnalisé de scolarisation (PPS) = RQTH automatiquement

(3) Bénéficiaires de l'obligation d'emploi = hormis les personnes ayant une RQTH, titulaires de l'allocation adulte handicapé (AAH), d'une pension d'invalidité, d'une Allocation temporaire d'invalidité (ATI), d'une carte d'inclusion avec mention "invalidité", victimes d'un accident du travail ou maladie professionnelle entraînant une incapacité permanente d'au moins 10 %