



FICHE EMPLOYEUR

L'EMPLOYEUR (A remplir pour les nouveaux employeurs ou en cas de modification de données)

employeur privé

employeur « public »

Siège/Groupe :

Effectif total salariés de l'entreprise (SIREN) : |_|_|_|_|_|

Lieu d'exécution du contrat :

AdresseCP |_|_|_|_|_|

Commune.....Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Courriel.....

N°SIRET de l'établissement d'exécution : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Type d'employeur

Code activité (NAF) |_|_|_|_|_|

Convention collective

Code IDCC (numéro de convention) |_|_|_|_|_|

OPCO

Caisse de retraite complémentaire :

Directeur.trice..... Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mail

Personne pour le suivie administratif.....

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Mail

APPRENTI.E

Nom et prénom..... RQTH oui non

Adresse.....

CP |_|_|_|_|_| Commune.....

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Courriel.....

Date de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Département de naissance |_|_|_|

Commune de naissance

N° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|



CFA Sanitaire & Social

Situation avant ce contrat.....

Dernier diplôme ou titre préparé

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu

MAÎTRE D'APPRENTISSAGE 1 (OBLIGATOIRE)

Nom et prénom.....Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Mail

N° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Emploi occupé

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu

Avez-vous déjà effectué la formation Maitre d'apprentissage : oui non

MAÎTRE D'APPRENTISSAGE 2 (RECOMMANDE)

Nom et prénom.....Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Mail

N° de sécurité sociale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Emploi occupé

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu

Avez-vous déjà effectué la formation Maitre d'apprentissage : oui non

Si vous ne l'avez pas déjà effectué, le Cfa ce permettra .de vous contacter afin de vous faire une proposition de formation « Maitre d'apprentissage »



CFA Sanitaire & Social

CONTRAT D'APPRENTISSAGE

Formation choisie :

Date de début de contrat |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de fin de contrat |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Rémunération applicable

Salaire de base (à compléter par l'employeur)
<input type="checkbox"/> SMIC
<input type="checkbox"/> Salaire Minimum Conventionnel :
Pourcentage rémunération apprenti
Appliqué par le CFA (Selon Code du Travail ou Convention)

Salaire de base X Pourcentage de rémunération apprenti = Salaire reporté sur le cerfa