

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
Extension BOE : ☐ Oui ☐ Non
Adresse du représentant légal : Situation avant ce contrat :
N° : Voie : Dernier diplôme ou titre préparé :
Complément : Dernière classe / année suivie :
Code postal : Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :
Commune :
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 début d'exécution du contrat : _____ Date de début de formation pratique chez l'employeur : _____
(Date de signatures du présent contrat) / / / / / / / /

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 SMIC *	du	/	/	au	/	/	:	% du	*	
2 ^{ème} année, du	/	/	au	/	/	:	% du SMIC *	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 : _____

SPORT ACADEMIE

N° UAI du CFA : 0241323H

N° SIRET CFA : 831 480 314 00010

Adresse du CFA responsable :

N° : 22 Voie : RUE CAMILLE FLAMMARION

Complément : _____

Code postal : 24000

Commune : PERIGUEUX

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

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :


SPORT ACADEMIE
22 rue Camille Flammarion
2400 PÉRIGUEUX
Tél: 06 59 22 99 15
Siret : 831 480 314 00010 - APE 9499Z

Diplôme ou titre visé par l'apprenti :

Intitulé précis : _____

BPJEPS MULTI ACTIVITES PHYSIQUES et SPORTIVES pour TOUS

Code du diplôme : 44633524

Code RNCP : 40480

Organisation de la formation en CFA :

Date de début de formation en CFA :

07 / 09 / 2026

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

30 / 06 / 2028

Durée de la formation : 854 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 : _____

N° UAI :

N° SIRET :

Adresse du lieu de formation principal :

N° : 827 Voie : RUE EUGENE LEROY

Complément : _____

Code postal : 24750

Commune : TRELISAC

☐ 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