

Vous allez ou souhaitez prochainement accueillir un apprenti au sein de votre entreprise. Afin de vous accompagner dans les démarches administratives et la gestion du dossier, nous avons besoin d'un certain nombre d'informations.

**MERCI DE RENSEIGNER LA TOTALITE DES CHAMPS.**

Nous vous remercions de bien vouloir nous renvoyer cette fiche :

par mail à :  
[responsable.cfa@cds19.fr](mailto:responsable.cfa@cds19.fr)

ou

par courrier à l'adresse suivante:  
**Centre de formation CLAUDE DAUNOT**  
10 boulevard Clemenceau  
CS 35234 – 54052 NANCY Cedex

Pour toute question, vous pouvez nous joindre au : 03 83 55 60 13

## L'APPRENANT

NOM DE NAISSANCE de l'apprenant-e .....  
NOM D'USAGE .....  
PRENOM .....

### Diplôme envisagé

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> CAP Métiers de la coiffure | <input type="checkbox"/> BPJEPS AF        | <input type="checkbox"/> BTS Professions Immobilières |
| <input type="checkbox"/> BP Coiffure                | <input type="checkbox"/> Licence Pro CPSS | <input type="checkbox"/> DN MADE option .....         |

## L'ENTREPRISE

DENOMINATION .....  
ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT D'EXECUTION DU CONTRAT .....  
.....  
REPRESENTEE PAR .....  
TELEPHONE .....  
MAIL ..... @ .....  
SIRET DE L'ETABLISSEMENT D'EXECUTION DU CONTRAT .....  
CODE NAF .....  
CODE IDCC DE LA CONVENTION COLLECTIVE .....  
NOM CAISSE DE RETRAITE .....  
EFFECTIF TOTAL SALARIES DE L'ENTREPRISE .....  
OPCO (Opérateur de Compétences) .....

## TYPE D'EMPLOYEUR

### Employeur privé

- 11 Entreprise inscrite au répertoire des métiers ou au registre des entreprises pour l'Alsace-Moselle
- 12 Entreprise inscrite uniquement au registre du commerce et des sociétés
- 13 Entreprises dont les salariés relèvent de la mutualité sociale agricole
- 14 Profession libérale
- 15 Association
- 16 Autre employeur privé

### Public

- 21 Service de l'Etat (administrations centrales et leurs services déconcentrés de la fonction publique d'Etat)
- 22 Commune
- 23 Département
- 24 Région
- 25 Etablissement public hospitalier
- 26 Etablissement public local d'enseignement
- 27 Etablissement public administratif de l'Etat
- 28 Etablissement public administratif local (y compris établissement public de coopération intercommunale EPCI)
- 29 Autre employeur public

**EMPLOYEUR SPECIFIQUE**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Entreprise de travail temporaire | <input type="checkbox"/> 4 Apprentissage familial : l'employeur est un ascendant de l'apprenti |
| <input type="checkbox"/> 2 Groupement d'employeurs          | <input type="checkbox"/> 0 Aucun de ces cas  |
| <input type="checkbox"/> 3 Employeur saisonnier             |  |

**LE ou LES MAITRES D'APPRENTISSAGE****Maître d'Apprentissage 1**

NOM .....

NOM DE NAISSANCE .....

PRENOM .....

Date de naissance .....

TELEPHONE .....

MAIL.....@

.....

NIR .....

Emploi occupé .....

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu

.....

**Maître d'Apprentissage 2**

NOM.....

NOM DE NAISSANCE .....

PRENOM .....

Date de naissance .....

TELEPHONE .....

MAIL.....@

.....

NIR.....

Emploi occupé.....

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu

.....

**LE CONTRAT****MODE CONTRACTUEL**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 A durée limitée        | <input type="checkbox"/> 3 Entreprise de travail temporaire         |
| <input type="checkbox"/> 2 Dans le cadre d'un CDI | <input type="checkbox"/> 4 Activités saisonnières à deux employeurs |

DATE DE DEBUT D'EXECUTION DU CONTRAT .....

DATE DE DEBUT DE FORMATION PRATIQUE CHEZ L'EMPLOYEUR .....

DATE DE FIN DU CONTRAT.....

Durée hebdomadaire du travail .....heures .....minutes

Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers

- oui  non

## REMUNERATION

Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1<sup>ère</sup> année du ..... au ..... : ..... % du ..... \* ; du ..... au ..... : ..... % du ..... \*

2<sup>ème</sup> année du ..... au ..... : ..... % du ..... \* ; du ..... au ..... : ..... % du ..... \*

**Salaire brut mensuel à l'embauche :** .....€

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

Autre : .....

## LE POSTE

Poste de travail qu'occupera l'apprenant-e .....

### Exigences du poste en aptitudes et comportements :

.....	.....
.....	.....
.....	.....
.....	.....

### Les missions que vous envisagez de confier à l'apprenant .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Nous collectons des données personnelles vous concernant uniquement pour communiquer avec vous. Elles ne sont en aucun cas cédées à des tiers à des fins commerciales. Conformément au règlement général sur la protection des données personnelles (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité aux données qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant à responsable.cfa@cdsi9.fr*