



## Apprenti (e)

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe : .....

Nom marital : ..... Né (e) le : ..... Lieu de Naissance : ..... Nationalité : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Tél : ..... Portable : .....

Dernière classe fréquentée : .....

Dernier diplôme obtenu : ..... Diplôme le plus élevé : .....

Reconnaissance travailleur handicapé : oui  non  en cours

Lien de parenté avec l'apprenti : oui  non  si oui, précisez lequel : .....

Dernière situation avant le contrat :

<input type="checkbox"/> Scolaire	<input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation
<input type="checkbox"/> Apprenti : <input type="checkbox"/> dans votre entreprise <input type="checkbox"/> dans une autre entreprise <input type="checkbox"/> dans une autre entreprise où il y a eu une rupture de contrat	<input type="checkbox"/> Contrat aidé
	<input type="checkbox"/> Universitaire
	<input type="checkbox"/> Classe préparatoire à l'apprentissage
<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi
<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Stagiaire de la formation professionnelle

## Représentant légal

Lien de parenté : père  mère  tuteur  autre

Nom : ..... Nom marital : ..... Prénom : .....

Adresse (si différente de l'apprenti) : .....

Téléphone ..... Portable : ..... Fax : ..... @mail : .....

## Autres éléments du contrat

Date de début de contrat : ..... Date de fin : ..... Durée hebdomadaire de travail .....

CFA : .....

Diplôme préparé :

<input type="checkbox"/> CAPA	Spécialité :
<input type="checkbox"/> BEPA	Spécialité :
<input type="checkbox"/> BAC PRO	Spécialité :
<input type="checkbox"/> BTSA	Spécialité :
<input type="checkbox"/> AUTRE	Spécialité :

Adresse : .....

Salaires à verser à l'apprenti sur la base minimale : SMIC  SMC  : \_\_\_\_\_ €/h  
Avantages en nature (frais de logement/nourriture déduits sur le salaire de l'apprenti) oui  non

Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : oui  non

Visite médicale d'embauche obligatoire (Téléphonez à la MSA au 02 37 30 45 00).

Date de RV pour la visite médicale du jeune : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_