

**APPRENANT(E)**

Nom et prénom de l'apprenant(e) : ..... Né(e) le : .....  
 Lieu de naissance : ..... Département de naissance : .....  
 Nationalité : ..... Handicap :  oui  non  
 A déjà été apprenti  non  oui (joindre une copie du contrat)  
 Situation avant le début de la formation : (ex : scolaire, apprenti, étudiant, salarié, recherche emploi...) .....  
 Si scolarisé(e), dernière classe suivie : ..... Dernier diplôme OBTENU : .....

**FORMATION**

Nom de la formation : ..... Code diplôme : .....  
 Début et fin de formation : Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... N° d'heures de formation : .....

**ENTREPRISE**

Raison sociale de l'entreprise : .....  
 Forme juridique :  SA  SARL  SAS  Autre, préciser : .....  
 Code NAF : ..... SIRET : ..... Effectif : .....  
 Nom du responsable : .....  
 Affiliation :  CCI  CMA  AGRI  PUBLIC  
 Convention collective, IDCC : .....  
 Caisse de retraite : .....

**CONTRAT**

Début et fin de contrat : Du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....  
 Durée hebdomadaire du travail :  35 h  39 h si heures supplémentaires  payées  récupérées  
 SMIC  SMC Si SMC, montant du salaire à l'embauche : ..... €  
 Travail sur machines dangereuses ou expositions à des risques particuliers :  oui  non  
 Prime panier/nourriture/logement :  non  oui si oui : Montant : ..... €

**ADRESSES SITES**

**ADRESSE DU SIÈGE**  
 Adresse postale : .....  
 Code postal : .....  
 Ville : .....  
 Téléphone : .....  
 Email : .....

**LIEU DE TRAVAIL DE L'APPRENANT(E) - SI DIFFÉRENT DU SIÈGE**  
 Adresse postale : .....  
 Code postal : .....  
 Ville : .....  
 Téléphone : .....  
 Email : .....

**INTERLOCUTEURS**

**SIGNATAIRE DU CONTRAT**

Nom et prénom : .....  
 Fonction : .....  
 Tél : .....  
 Email : .....

**CHARGÉ(E) DU RECRUTEMENT**

Nom et prénom : .....  
 Fonction : .....  
 Tél : .....  
 Email : .....

**MAÎTRE D'APPRENTISSAGE 1**

Nom et prénom : .....  
 Fonction : .....  
 Tél : .....  
 Email : .....  
 Né(e) le : .....

**RESPONSABLE DE L'ENTREPRISE**

Nom et prénom : .....  
 Fonction : .....  
 Tél : .....  
 Email : .....

**SUIVI ADMINISTRATIF ET ABSENCES**

Nom et prénom : .....  
 Fonction : .....  
 Tél : .....  
 Email : .....

**MAÎTRE D'APPRENTISSAGE 2**

Nom et prénom : .....  
 Fonction : .....  
 Tél : .....  
 Email : .....  
 Né(e) le : .....

**FINANCEMENT DE LA FORMATION**

Rattaché(e) à l'OPCO : .....

	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3
Coût de la formation à l'année :	.....	.....	.....
Montant annuel pris en charge par l'OPCO :	.....	.....	.....
Montant annuel pris en charge par l'entreprise :	.....	.....	.....

**FINANCEMENT DE LA FORMATION**

CFI Campus Orly  
 5 place de la Gare des Saules  
 94310 ORLY  
 Tél : 01 41 76 00 70 - entreprise-cfi@cfi-formations.fr  
 Contact : .....  
 Tél : .....