

PROMESSE D'EMBAUCHE POUR CONTRAT D'APPRENTISSAGE

CFA Académique de Versailles <https://cfa-academie-versailles.fr>

Merci de nous renvoyer ce document à : contratapprentissage.cfa-acad@ac-versailles.fr

APPRENTI

Nom*

Prénom*

☐ Email*

☐ Tel portable*

Diplôme préparé*

Année de formation ☐ 1ère année ☐ 2ème année ☐ 3ème année

Lycée de formation



Champs obligatoires*

Contrat

(Doit couvrir la période de formation)

Date : Du

Au

Durée hebdomadaire de travail

ENTREPRISE (siège social)

Raison sociale*

Nom du chef d'entreprise*

Adresse*

Complément d'adresse*

Code Postal* Ville

☐ Tel*

☐ Email*

N° convention collective* Code APE/NAF*

Nombre de salariés

N° SIRET*

Caisse de retraite complémentaire*

☐ Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques

Particuliers

☐ Donne mandat au centre pour la transmission du dossier à l'OPCO

CORRESPONDANCE COURRIER

Nom et prénom de la personne chargée du suivi administratif du contrat*

☐ Email*

ADRESSE DE L'EXECUTION DU CONTRAT

(si différente du siège social)

Adresse*

Complément d'adresse

N° SIRET*

Code postal* Ville*

Maître d'Apprentissage

Nom

Prénom

Date de naissance

Diplôme obtenu

Fonction

TEL

☐ Email

Cachet de l'entreprise(obligatoire)*