

DEMANDE D'ETABLISSEMENT D'UN CONTRAT D'APPRENTISSAGE ET LES ANNEXES

Document à compléter, à adresser par courriel à : contrats.melun@cma-idf.fr

EMPLOYEUR

Dénomination : SIRET :
Nom et prénom du chef d'entreprise :
Adresse du lieu d'apprentissage :
Code postal : Ville :
Code APE/NAF : Organisme cotisations S.S. : ☐ URSSAF ☐ MSA
Nombre de salariés : Téléphone :
Mobile : Mail :
Code IDCC : Caisse de retraite complémentaire :

MAITRE D'APPRENTISSAGE 1

Nom : Prénom :
Né(e) le :
Mail :
Emploi occupé :
Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :
Niveau le plus élevé obtenu :

MAITRE D'APPRENTISSAGE 2 (facultatif)

Nom : Prénom :
Né(e) le :
Mail :
Emploi occupé :
Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :
Niveau le plus élevé obtenu :

CONTRAT D'APPRENTISSAGE

Date de début de contrat : Date de début de formation pratique chez l'employeur :
Date de fin de contrat : Si avenant, date de l'avenant :
Durée de travail hebdomadaire : h/semaine
Diplôme préparé : Métier : Option (si concerné) :
L'apprenti va-t-il utiliser des machines dangereuses ou effectuer des travaux dangereux ? ☐ Oui ☐ Non

☐ L'employeur atteste que le MA répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.
☐ Je soussigné(e), autorise CMA FORMATION MELUN VAL DE SEINE à saisir ou déposer en mon nom auprès de l'OPCO (lorsque celui-ci le permet), le contrat d'apprentissage et la convention de formation pour instruction.

(Signature et cachet de l'entreprise)

APPRENTI(E)

Nom : Nom d'usage : Prénom :
Né(e) le : Sexe : ☐ F ☐ M Ville de naissance :
Département de naissance : Nationalité :
N° Sécurité Sociale :

Adresse :
Code postal : Ville : Téléphone :
Mail :

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau : ☐ Oui ☐ Non
Déclare bénéficié de la reconnaissance travailleur handicapé : ☐ Oui ☐ Non
Si non, bénéficiez-vous de droits rattachés à la RQTH :
Equivalence jeunes : ☐ Oui ☐ Non (dispositifs : AEEH – PCH – PPS) Extension BOE : ☐ Oui ☐ Non
Déclare avoir un projet de création ou reprise d'entreprise ☐ Oui ☐ Non
Dernière situation : ☐ apprenti ☐ scolaire ☐ étudiant ☐ salarié ☐ demandeur d'emploi
☐ Autre (à préciser)
Dernière classe fréquentée : Diplôme le plus élevé obtenu :
Le jeune a déjà été sous contrat d'apprentissage : ☐ Oui ☐ Non

si « oui » nous joindre une copie du dernier contrat, sa rupture éventuelle et le numéro d'enregistrement de l'ancien contrat.

Représentant légal Si mineur : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur
Nom : Prénom :
Adresse (si différente de l'apprenti) :
Code postal : Ville :
Téléphone : Mail :

TOUTE DEMANDE INCOMPLETE NE SERA PAS TRAITEE

LE TRAITEMENT DE VOS DONNEES PERSONNELLES

Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné à

la CMA Ile de France

Le service de protection des données est situé au

72-74 rue de Reuilly, CS 0315, 75 592 Paris cedex 12, 01.80.48.26.00, rgpd@cma-idf.fr .

Les données sont traitées dans le but de fournir de plus amples informations aux personnes intéressées et de mettre en place un accompagnement avec l'organisme habilité.

Le traitement est effectué sur la base juridique du recueil du consentement prévu à l'article 6.1.a du Règlement européen n°2016/679.

Les données seront conservées pour la durée nécessaire à l'accompagnement et l'information des personnes intéressées.

Conformément au Règlement européen n°2016/679 et à la loi n°78/17 du 6 janvier 1978, vous avez sur vos données personnelles un droit d'accès, de rectification, un droit à l'oubli, de limitation du traitement, d'opposition, un droit à la portabilité, de retirer son consentement à tout moment, d'introduire une réclamation auprès de l'autorité de contrôle.

La fourniture de vos données à caractère personnel ne revêt pas de caractère réglementaire ou contractuel ou conditionnant la conclusion d'un contrat, et le traitement ne comprend pas de prise de décision automatisées.