

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

 **Champs obligatoires***

APPRENTI

Nom*
Prénom*
Diplôme préparé*
Lycée de formation
 Tel portable*

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

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
Code postal* Ville*

Contrat

(Doit couvrir la période de formation)

Date : Du
Au
Durée hebdomadaire de travail h

Maître d'Apprentissage

Nom
Prénom
Date de naissance
NIR
Fonction
TEL
 Email

Cachet de l'entreprise*(obligatoire)