

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)