

Date de la demande :
**DEMANDE DE PRE-INSCRIPTION
CONTRAT D'APPRENTISSAGE**

 Formation choisie : **ASSISTANT DENTAIRE**

Souscription demandée par : l'employeur

Signature :

Toutes les rubriques suivantes doivent être renseignées :

N°UAI du CFA 0756190W
RENSEIGNEMENTS EMPLOYEUR

Raison sociale/Nom/Prénom	
Représentant légal	Fonction :
Adresse, Code Postal, Ville	
N° tel	
E-mail	
N° SIRET : _____	Code NAF : _____ Effectif de l'entreprise : _____
Convention collective : _____	Caisse de retraite complémentaire : _____
Nom Prénom du/des maître(s) d'apprentissage : _____ Date de naissance du(des) maître(s) d'apprentissage : _____	
Nombre d'années d'expérience (au moins 2 ans) : _____ Fonction du/des maître(s) d'apprentissage : _____	
Dernier diplôme obtenu : _____ N° sécurité sociale (NIR) : _____	
Email du/des maître(s) d'apprentissage : _____	
Fournir l'attestation de l'employeur que le maître d'apprentissage remplit les conditions de compétences professionnelles (Art. R6222-3 du Code du Travail)	

RENSEIGNEMENTS SALARIÉ EN FORMATION – joindre obligatoirement la photocopie recto-verso de la Carte Nationale d'Identité

Nom administratif	
Nom d'épouse	
Prénom	
N° sécurité sociale	
Date de naissance	
Lieu de naissance	
Adresse, Code postal, Ville	
N° téléphone (mobile et fixe)	
N° téléphone de la personne de confiance	
E-mail	
Situation avant le contrat : _____	
Dernier diplôme obtenu (niveau 3 minimum) : _____ N° Identifiant National Elève (INE) : _____	
<input type="radio"/> Inscrit sur liste des sportifs de haut niveau (*)	<input type="radio"/> Reconnaissance travailleur handicapé (**)

CONTRAT D'APPRENTISSAGE Imprimé cerfa n° 10103*09	Date de début de contrat : <input type="text"/>
	Type de contrat : <input type="radio"/> CDL (CDD) <input type="radio"/> CDI
Durée hebdomadaire de travail (incluant les 7 heures de formation)	Temps complet (35 heures)
Pour établir votre calendrier, merci de préciser le jour de cours et lieu de cours.	Jour de cours choisi : _____ Lieu de cours choisi : _____
Rémunération	Salaire brut mensuel à l'embauche : _____ Équivalent : _____% du _____ (SMIC ou SMC-salaire minimum conventionnel)
Prise en charge des frais pédagogiques	<input type="radio"/> OPCO EP/subrogation <input type="radio"/> Employeur (exemple : mutualité...) <input type="radio"/> Autre : _____
Commande les multi-supports pédagogiques (350€)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Document à nous retourner par courrier électronique ou postal :

 Centre national de gestion Administrative CNQAOS – Immeuble A4-D
 98 Boulevard Victor Hugo, 92110 Clichy
 Courriel : souscription@cnqaos.org

Besoin d'aide pour remplir ce formulaire ?

01.78.91.01.40
standard@cnqaos.org