

FORMULAIRE RELATIF AU VERSEMENT DES AIDES À L'APPRENTISSAGE

Indemnité compensatrice forfaitaire
(Article L. 118-7 du Code du travail)

TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES DOIVENT ÊTRE RENSEIGNÉES

À remplir par l'administration

• Contrat d'apprentissage conclu entre et (nom de l'apprenti) :
M Mme Mlle (nom et prénom) : _____

date de naissance : _____
pour une durée de _____ mois
à compter du _____ (date de début du contrat)

• Type de contrat _____ (cadre A du contrat)

• Ce contrat ouvre droit, sous réserve des dispositions réglementaires applicables :
- à un versement de 915 € au titre de soutien à l'embauche :
OUI NON
- à un versement au titre du soutien à l'effort de formation (montant de base, hors majorations liées à la durée de la formation et aux suppléments D.O.M.) :
1^{re} année du cycle de formation (1) : 1 525 € 1 830 €
2^e année du cycle de formation (1) : 1 525 € 1 830 €
3^e année du cycle de formation (1) : 1 525 € 1 830 €

Employeur (nom ou dénomination) : _____

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : _____

Code postal _____

Service d'enregistrement
DDTEFP <input type="checkbox"/> SDITEPSA <input type="checkbox"/> TRANSP <input type="checkbox"/>
Date, cachet et signature

(1) Compléter ou rayer la ligne ou la fraction de ligne s'il y a lieu.

À remplir par l'employeur

EMPLOYEUR **IMPORTANT : JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Nom ou raison sociale _____
Tél. _____
N° SIRET de l'établissement (1) _____ Code APE _____
N° de sécurité sociale de l'apprenti _____

L'employeur soussigné atteste que l'effectif de son entreprise n'a pas été supérieur à 20 salariés pendant au moins 12 mois au cours des 3 dernières années précédant l'embauche

L'employeur soussigné atteste que :
- soit l'apprenti a eu confirmation de son embauche à l'issue de la période d'essai de deux mois à compter de la date de début du contrat
- soit le contrat a été rompu pendant ou à l'issue de la période d'essai de deux mois, le _____ (date de la rupture)

Date et signature de l'employeur : _____ Cachet de l'entreprise _____

(1) Ou le n° de l'employeur pour les employeurs agricoles.

À remplir par le CFA

CENTRE DE FORMATION D'APPRENTIS

CFA (nom) _____
N° RNE du CFA _____
Durée prévue de la formation (en heures) : 1^{re} année _____ 2^e année _____ 3^e année _____

Le directeur du CFA atteste que :
- l'apprenti a suivi les enseignements du centre jusqu'à la date de fin de la période d'essai : OUI NON
- aucune rupture de contrat pendant ou à l'issue de la période d'essai de deux mois ne lui a été notifiée par l'employeur : OUI NON

En cas de rupture, indiquer la date de celle-ci : _____ (date de la rupture)

Date et signature du directeur du CFA : _____ Cachet du CFA _____

Cadre réservé au service liquidateur de l'aide

TRÉSORERIE
GÉNÉRALE

FORMULAIRE RELATIF AU VERSEMENT DES AIDES À L'APPRENTISSAGE

Indemnité compensatrice forfaitaire
(Article L. 118-7 du Code du travail)

TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES DOIVENT ÊTRE RENSEIGNÉES

À remplir par l'administration

• Contrat d'apprentissage conclu entre et (nom de l'apprenti) :
M Mme Mlle (nom et prénom) : _____

date de naissance : _____
pour une durée de _____ mois
à compter du _____ (date de début du contrat)

• Type de contrat _____ (cadre A du contrat)

• Ce contrat ouvre droit, sous réserve des dispositions réglementaires applicables :
- à un versement de 915 € au titre de soutien à l'embauche :
OUI NON
- à un versement au titre du soutien à l'effort de formation (montant de base, hors majorations liées à la durée de la formation et aux suppléments D.O.M.) :
1^{re} année du cycle de formation (1) : 1 525 € 1 830 €
2^e année du cycle de formation (1) : 1 525 € 1 830 €
3^e année du cycle de formation (1) : 1 525 € 1 830 €

(1) Compléter ou rayer la ligne ou la fraction de ligne s'il y a lieu.

Employeur (nom ou dénomination) : _____

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : _____

Code postal _____

Service d'enregistrement
DDTEFP <input type="checkbox"/> SDITEPSA <input type="checkbox"/> TRANSP <input type="checkbox"/>
Date, cachet et signature

À remplir par l'employeur

EMPLOYEUR **IMPORTANT : JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Nom ou raison sociale _____
Tél. _____
N° SIRET de l'établissement (1) _____ Code APE _____
N° de sécurité sociale de l'apprenti _____

L'employeur soussigné atteste que l'effectif de son entreprise n'a pas été supérieur à 20 salariés pendant au moins 12 mois au cours des 3 dernières années précédant l'embauche

L'employeur soussigné atteste que :
- soit l'apprenti a eu confirmation de son embauche à l'issue de la période d'essai de deux mois à compter de la date de début du contrat
- soit le contrat a été rompu pendant ou à l'issue de la période d'essai de deux mois, le _____ (date de la rupture)

Date et signature de l'employeur : _____ Cachet de l'entreprise _____

(1) Ou le n° de l'employeur pour les employeurs agricoles.

À remplir par le CFA

CENTRE DE FORMATION D'APPRENTIS

CFA (nom) _____
N° RNE du CFA _____

Durée prévue de la formation (en heures) : 1^{re} année _____ 2^e année _____ 3^e année _____
Heures de formation effectivement suivies par l'apprenti _____ 1^{re} année _____

Le directeur du CFA atteste que :
- l'apprenti a suivi régulièrement les enseignements du centre au cours de la première année du cycle de formation : OUI NON
- la formation de l'apprenti a été interrompue en raison d'une rupture de contrat intervenue le _____ (date de la rupture)

Date et signature du directeur du CFA : _____ Cachet du CFA _____

Cadre réservé au service liquidateur de l'aide

FORMULAIRE RELATIF AU VERSEMENT DES AIDES À L'APPRENTISSAGE

Indemnité compensatrice forfaitaire
(Article L. 118-7 du Code du travail)

TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES DOIVENT ÊTRE RENSEIGNÉES

À remplir par l'administration

• Contrat d'apprentissage conclu entre et (nom de l'apprenti) :
M Mme Mlle (nom et prénom) : _____

date de naissance : _____
pour une durée de _____ mois
à compter du _____ (date de début du contrat)

• Type de contrat _____ (cadre A du contrat)

• Ce contrat ouvre droit, sous réserve des dispositions réglementaires applicables :
- à un versement de 915 € au titre de soutien à l'embauche :
OUI NON
- à un versement au titre du soutien à l'effort de formation (montant de base, hors majorations liées à la durée de la formation et aux suppléments D.O.M.) :
1^{re} année du cycle de formation (1) : 1 525 € 1 830 €
2^e année du cycle de formation (1) : 1 525 € 1 830 €
3^e année du cycle de formation (1) : 1 525 € 1 830 €

(1) Compléter ou rayer la ligne ou la fraction de ligne s'il y a lieu.

Employeur (nom ou dénomination) : _____

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : _____

Code postal _____

Service d'enregistrement
DDTEFP <input type="checkbox"/> SDITEPSA <input type="checkbox"/> TRANSP <input type="checkbox"/>
Date, cachet et signature

À remplir par l'employeur

EMPLOYEUR **IMPORTANT : JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Nom ou raison sociale _____
Tél. _____
N° SIRET de l'établissement (1) _____ Code APE _____
N° de sécurité sociale de l'apprenti _____

L'employeur soussigné atteste que l'effectif de son entreprise n'a pas été supérieur à 20 salariés pendant au moins 12 mois au cours des 3 dernières années précédant l'embauche

L'employeur soussigné atteste que :
- soit l'apprenti a eu confirmation de son embauche à l'issue de la période d'essai de deux mois à compter de la date de début du contrat
- soit le contrat a été rompu pendant ou à l'issue de la période d'essai de deux mois, le _____ (date de la rupture)

Date et signature de l'employeur : _____ Cachet de l'entreprise _____

(1) Ou le n° de l'employeur pour les employeurs agricoles.

À remplir par le CFA

CENTRE DE FORMATION D'APPRENTIS

CFA (nom) _____
N° RNE du CFA _____

Durée prévue de la formation (en heures) : 1^{re} année _____ 2^e année _____ 3^e année _____
Heures de formation effectivement suivies par l'apprenti _____ 2^e année _____

Le directeur du CFA atteste que :
- l'apprenti a suivi régulièrement les enseignements du centre au cours de la deuxième année du cycle de formation : OUI NON
- la formation de l'apprenti a été interrompue en raison d'une rupture de contrat intervenue le _____ (date de la rupture)

Date et signature du directeur du CFA : _____ Cachet du CFA _____

Cadre réservé au service liquidateur de l'aide

FORMULAIRE RELATIF AU VERSEMENT DES AIDES À L'APPRENTISSAGE

Indemnité compensatrice forfaitaire
(Article L. 118-7 du Code du travail)

TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES DOIVENT ÊTRE RENSEIGNÉES

À remplir par l'administration

• Contrat d'apprentissage conclu entre et (nom de l'apprenti) :
M Mme Mlle (nom et prénom) : _____

date de naissance : _____
pour une durée de _____ mois
à compter du _____ (date de début du contrat)

• Type de contrat _____ (cadre A du contrat)

• Ce contrat ouvre droit, sous réserve des dispositions réglementaires applicables :
- à un versement de 915 € au titre de soutien à l'embauche :
OUI NON
- à un versement au titre du soutien à l'effort de formation (montant de base, hors majorations liées à la durée de la formation et aux suppléments D.O.M.) :
1^{re} année du cycle de formation (1) : 1 525 € 1 830 €
2^e année du cycle de formation (1) : 1 525 € 1 830 €
3^e année du cycle de formation (1) : 1 525 € 1 830 €

(1) Compléter ou rayer la ligne ou la fraction de ligne s'il y a lieu.

Employeur (nom ou dénomination) : _____

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : _____

Code postal _____

Service d'enregistrement
DDTEFP <input type="checkbox"/> SDITEPSA <input type="checkbox"/> TRANSP <input type="checkbox"/>
Date, cachet et signature

À remplir par l'employeur

EMPLOYEUR **IMPORTANT : JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE**

Nom ou raison sociale _____
Tél. _____
N° SIRET de l'établissement (1) _____ Code APE _____
N° de sécurité sociale de l'apprenti _____

L'employeur soussigné atteste que l'effectif de son entreprise n'a pas été supérieur à 20 salariés pendant au moins 12 mois au cours des 3 dernières années précédant l'embauche

L'employeur soussigné atteste que :
- soit l'apprenti a eu confirmation de son embauche à l'issue de la période d'essai de deux mois à compter de la date de début du contrat
- soit le contrat a été rompu pendant ou à l'issue de la période d'essai de deux mois, le _____ (date de la rupture)

Date et signature de l'employeur : _____ Cachet de l'entreprise _____

(1) Ou le n° de l'employeur pour les employeurs agricoles.

À remplir par le CFA

CENTRE DE FORMATION D'APPRENTIS

CFA (nom) _____
N° RNE du CFA _____

Durée prévue de la formation (en heures) : 1^{re} année _____ 2^e année _____ 3^e année _____
Heures de formation effectivement suivies par l'apprenti _____ 3^e année _____

Le directeur du CFA atteste que :
- l'apprenti a suivi régulièrement les enseignements du centre au cours de la troisième année du cycle de formation : OUI NON
- la formation de l'apprenti a été interrompue en raison d'une rupture de contrat intervenue le _____ (date de la rupture)

Date et signature du directeur du CFA : _____ Cachet du CFA _____

Cadre réservé au service liquidateur de l'aide

FORMULAIRE RELATIF AU VERSEMENT DES AIDES À L'APPRENTISSAGE

Indemnité compensatrice forfaitaire
(Article L. 118-7 du Code du travail)

TOUTES LES INFORMATIONS DEMANDÉES DOIVENT ÊTRE RENSEIGNÉES

À remplir par l'administration

- Contrat d'apprentissage conclu entre et (nom de l'apprenti) :
M Mme Mlle (nom et prénom) : _____

- date de naissance : _____
pour une durée de _____ mois
à compter du _____ (date de début du contrat)
- Type de contrat _____ (cadre A du contrat)
- Ce contrat ouvre droit, sous réserve des dispositions réglementaires applicables :
 - à un versement de 915 € au titre de soutien à l'embauche :
OUI NON
 - à un versement au titre du soutien à l'effort de formation (montant de base, hors majorations liées à la durée de la formation et aux suppléments D.O.M.) :
1^{re} année du cycle de formation (1) : 1 525 € 1 830 €
2^e année du cycle de formation (1) : 1 525 € 1 830 €
3^e année du cycle de formation (1) : 1 525 € 1 830 €

Employeur (nom ou dénomination) :

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

Code postal _____

Service d'enregistrement
DDTEFP <input type="checkbox"/> SDITEPSA <input type="checkbox"/> TRANSP <input type="checkbox"/>
Date, cachet et signature
Date d'enregistrement

Numéro d'enregistrement

(1) Compléter ou rayer la ligne ou la fraction de ligne s'il y a lieu.