

Mode contractuel de l'apprentissage 1

L'EMPLOYEUR		<input checked="" type="checkbox"/> employeur privé	<input type="checkbox"/> employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : G T S F R A N C E S A S		N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : 90821214500027	
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : N° : 2 0 Voie : / 2 2 R G R A N G E D A M E R O S E		Type d'employeur : 1 2 Employeur spécifique : 0	
Complément : Code postal : 7 8 1 4 1		Code d'activité de l'entreprise (NAF) : 4669A Effectif total salariés de l'entreprise : 500	
Commune : V E L I Z Y V I L L A C O U B L A Y C E D E X		Convention collective applicable : C . C . des ouvriers , empl oyés , techniciens et ag ents de maîtrise des in dustries métallurgiques m é c a n i q u e s e t c o n n e x e s d e l a r é g i o n p a r i s i e n n e	
Téléphone : 0 1 . 7 3 . 3 2 . 0 0 . 0 0 Courriel : s t e p h a n i e . g i r a u d @ t h a l e s g r o u p . c o m		Code IDCC de la convention : 0 0 5 4	
*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage : <input type="checkbox"/>			
L'APPRENTI(E)			
Nom de naissance de l'apprenti(e) : K A E W K L I N			
Prénom de l'apprenti(e) : I r è n e			
NIR de l'apprenti(e)* : 2 0 0 0 3 9 9 2 1 9 0 3 0		Date de naissance : 2 8 / 0 3 / 2 0 0 0	
*Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre L.6353-10 du code du travail Adresse de l'apprenti(e) : N° : 1 4 7 Voie : B O U L E V A R D R O B E R T B A L L A N G E R		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F Département de naissance : 0 9 9 Commune de naissance : B A N G K O K	
Complément : Code postal : 9 3 4 2 0		Nationalité : 3 Régime social : 2	
Commune : V I L L E P I N T E		Déclare être inscrit sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Téléphone : 0 6 . 2 6 . 5 1 . 7 7 . 3 7 Courriel : i r e n e . k a e w k l i n @ u r b a n a n d m a i n l i n e s . c o m		Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Représentant légal (renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé) Nom de naissance et prénom : Adresse du représentant légal : N° : Voie : Complément : Code postal : Commune :		Situation avant ce contrat : 4 _ Dernier diplôme ou titre préparé : 5 8 _ Dernière classe / année suivie : 1 1 Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : D é v e l o p p e u r W e b Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 5 8 _	

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE	
Maître d'apprentissage n°1 Nom de naissance : B O U C H I B A Prénom : F a o u z i Date de naissance : 2 1 / 0 9 / 1 9 6 9	Maître d'apprentissage n°2 Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : / /
<input checked="" type="checkbox"/> <i>L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité cette fonction</i>	
LE CONTRAT	
Type de contrat : 2 1 Type de dérogation : à renseigner si dérogation pour ce contrat	
Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : 0 7 8 2 0 2 2 0 4 0 1 6 6 3 1	
Date de conclusion : 2 1 / 1 1 / 2 0 2 2	Date de début d'exécution du contrat : 3 0 / 0 1 / 2 0 2 3 Si avenant, date d'effet : / /
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 2 6 / 0 1 / 2 0 2 4	Durée hebdomadaire du travail : 3 5 heures 0 0 minutes
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	
Rémunération * Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)	
1ère année, du 3 0 0 1 2 0 2 3 au 2 6 0 1 2 0 2 4 : 0 8 0 , 0 0 % du S M I C * ; du au : , % du	
2ème année, du au : , % du * ; du au : , % du	
3ème année, du au : , % du * ; du au : , % du	
4ème année, du au : , % du * ; du au : , % du	
Salaire brut mensuel à l'embauche : 1 3 4 4 , 0 0 € Caisse de retraite complémentaire : M A L A K O F F H U M A N I S	
Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : 0 0 , 0 0 0 0 € / repas Logement : 0 0 0 , 0 0 0 0 € / mois Autre <input type="checkbox"/>	
LA FORMATION	
CFA d'entreprise : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Dénomination du CFA responsable : E T N A N° UAI du CFA : 0 9 4 2 4 4 9 B N° SIRET du CFA : 4 7 9 1 2 0 4 0 4 0 0 0 5 4 Adresse : N° : 7 Voie : R U E M A U R I C E G R A N D C O I N G Complément : Code postal : 9 4 2 0 0 Commune : I V R Y S U R S E I N E Visa du CFA (cachet et signature du directeur)	Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 5 8 Intitulé précis : C O N C E P T E U R D E V E L O P P E U R D ' A P P L I C A T I O N S (T P) Code du diplôme : 2 6 T 3 2 6 0 1 Code RNCP : 3 1 6 7 8 Organisation de la formation en CFA : Date de début du cycle de formation : 3 0 / 0 1 / 2 0 2 3 Date prévue de fin des épreuves ou examens : 2 6 / 0 1 / 2 0 2 4 Durée de la formation : 0 6 2 0 heures
ETNA 7 rue Maurice Grandcoing 94200 Ivry-sur-Seine Siret : 479 120 404 00054 Tél. : 01 44 08 00 22	
<input type="checkbox"/> <i>L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat</i>	
Fait à :	
Signature de l'employeur <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> THALES 20-22 rue Saint-Denis 75001 PARIS 75144 PARIS CEDEX Tél. : +33 1 73 32 00 00 </div>	Signature de l'apprenti(e)
Signature du représentant légal de l'apprenti(e) mineur(e)	

CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME EN CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT

Nom de l'organisme :

N° de SIRET de l'organisme :

Date de réception du dossier complet :

/ /

Date de la décision :

/ /

N° de dépôt :

Numéro d'avenant :

Pour remplir le contrat et pour plus d'informations sur le traitement des données reportez-vous à la notice FA 14