

(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa avant de remplir ce document)

N° 10103\*14

**Mode contractuel de l'apprentissage I<sub>1</sub>**

**L'EMPLOYEUR**

employeur privé

employeur « public »\*

**Nom et prénom ou dénomination :**

**DUPONT RESTAURATION**

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

**13 AVENUE BLAISE PASCAL**

Complément :

Code postal : **62820**

Commune : **LIBERCOURT**

Téléphone : **06.25.46.56.42**

**N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :**

**41015167400026**

Type d'employeur : **12**

Employeur spécifique : **0**

Code activité de l'entreprise (APE) : **5629B**

Effectif total salariés de l'entreprise :

**3000**

Code IDCC de la convention collective applicable :

**1266**

\*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage :

**L'APPRENTI(E)**

**Nom de naissance de l'apprenti(e) : CHAVATTE**

**Nom d'usage : CHAVATTE**

**Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil : Kurt**

NIR de l'apprenti(e) :

**1050459295320**

**Adresse de l'apprenti(e) :**

**26 RUE DU CAPITAINE WAMBERGUE**

Complément :

Code postal : **59660**

Commune : **MERVILLE**

Téléphone : **06.58.72.94.89**

Courriel : **kurtchavatte@gmail.com**

**Représentant légal** (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)

Nom de naissance et prénom :

**Adresse du représentant légal :**

Complément :

Code postal :

Commune :

Courriel :

Date de naissance : **26/04/2005**

Sexe :  M  F

Département de naissance : **59**

Commune de naissance : **HAZEBROUCK**

Nationalité : **1** Régime social : **2**

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau :

oui  non

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur

handicapé :  oui  non

Si non, bénéficiez-vous de droits attachés à la RQTH\*\* :

Equivalence jeunes :  oui  non

Extension BOE :  oui  non

Situation avant ce contrat : **8**

Dernier diplôme ou titre préparé : **54**

Dernière classe / année suivie : **11**

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

**BTS SIO**

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : **42**

Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise :  oui  non

\*\*Reportez-vous à la page 4 de la notice pour en savoir plus sur les droits attachés à la RQTH

**LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE**

**Maître d'apprentissage n°1**

**Nom de naissance : CHANROUX**

**Prénom : Marc**

Date de naissance : **15/09/1971**

Courriel : **marc.chanroux@dupont-restauration.fr**

Emploi occupé : **Responsable exploitation informatique**

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

**DESS MAI Niv 7**

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : **7**

**Maître d'apprentissage n°2 :**

**Nom de naissance :**

**Prénom :**

Date de naissance :

Courriel :

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

[X] L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.

## LE CONTRAT

Type de contrat ou d'avenant : **23** Type de dérogation : \_\_\_\_\_ à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat  
Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : **059202409052813**  
Date de conclusion : Date de début d'exécution du Date de début de formation pratique chez  
(Date de signature du présent contrat) contrat : l'employeur :  
**31/07/2025** **15/09/2025** **15/09/2025**  
Si avenant, date d'effet : Durée hebdomadaire du travail :  
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : **07/08/2026** **35 heures 00 minutes**

Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers :  oui  non

### Rémunération

1<sup>ère</sup> année, du **15/09/2025** au **30/04/2026** : **51 %** du **SMIC** \* ; du **01/05/2026** au **07/08/2026** : **61 %** du **SMIC** \*  
2<sup>ème</sup> année, du \_\_\_\_ au \_\_\_\_ : \_\_\_\_ % du \_\_\_\_ \* ; du \_\_\_\_ au \_\_\_\_ : \_\_\_\_ % du \_\_\_\_ \*  
3<sup>ème</sup> année, du \_\_\_\_ au \_\_\_\_ : \_\_\_\_ % du \_\_\_\_ \* ; du \_\_\_\_ au \_\_\_\_ : \_\_\_\_ % du \_\_\_\_ \*  
4<sup>ème</sup> année, du \_\_\_\_ au \_\_\_\_ : \_\_\_\_ % du \_\_\_\_ \* ; du \_\_\_\_ au \_\_\_\_ : \_\_\_\_ % du \_\_\_\_ \*

**Salaire brut mensuel à l'embauche :** Caisse de retraite complémentaire :  
**918,92 €** **AG2R LA MONDIALE**

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ € / repas Logement : \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ € / mois Autre :

## LA FORMATION

CFA d'entreprise :  oui  non

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : **54**

Dénomination du CFA responsable :

Intitulé précis :

**CFAI Nord Pas de Calais**

**BTS Services Informatiques aux Organisations option Solutions d'Infrastructure Systèmes et Réseaux (SIO)**

N° UAI du CFA : : **0594576D**

Code du diplôme : **32032613**

N° SIRET du CFA : **300 488 806 00120**

Code RNCP : **35340**

**Adresse du CFA responsable :**

**4 rue des Chateaux – ZI La Pilaterie**

**Organisation de la formation en CFA :**

Complément : **CS 83056**

Date de début de formation en CFA:

Code postal : **59703**

**30/09/2025**

Commune : **Marcq en Baroeul CEDEX**

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

[X] Si le CFA responsable est le lieu de formation

**31/05/2026**

principal cochez la case ci-contre

Durée de la formation : **1375** heures

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)

Dont Heures de formation à distance

**Lieu principal de réalisation de la formation si différent du CFA responsable :**

Dénomination du lieu de formation principal :

**CFAI Nord Pas de Calais**

N° UAI : **0593335E**

N° SIRET : **30048880600112**

**Adresse du lieu de formation principal :**

**ZI DE LA PILATERIE**

Complément : **4 B RUE DES CHATEAUX**

Code postal : **59704**

Commune : **MARCQ EN BAROEUL CEDEX**

[X] L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat

Fait à **LIBERCOURT**

**Signature du représentant légal de l'apprenti(e) mineur(e)**

**Signature de l'employeur**

**Signature de l'apprenti(e)**



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

Nom de l'organisme :

N° SIRET de l'organisme :

**\*\*AKTO réseau FAFIH**

**85300098200019**

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 les traitements des données, reportez-vous à la notice***

---