

Mode contractuel de l'apprentissage [1]

L'EMPLOYEUR	<input checked="" type="checkbox"/> employeur privé	<input type="checkbox"/> employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : FONDATION CASIP-COJASOR	N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : 42921211100018	
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : 8 RUE DE PALI KAO	Type d'employeur : 15	
Complément :	Employeur spécifique : 0	
Code postal : 75020	Code activité de l'entreprise (NAF) : 8899B	
Commune : PARIS 20	Effectif total salariés de l'entreprise : 570	
Téléphone : 07 72 51 99 62	Convention collective applicable :	
Courriel : julia.uzan@casip-cojasor.fr	Code IDCC de la convention	
*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) : SROUSSI		
Prénom de l'apprenti(e) : Nathan		
NIR de l'apprenti(e)* : <i>*Pour les employeurs de secteur privé dans le cadre L 6353-10 du code du travail</i>	Date de naissance : 11/08/2002	
Adresse de l'apprenti(e) : 22 AVENUE PAUL CÉZANNE	Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Complément :	Département de naissance : 95	
Code postal : 95200	Commune de naissance : SARCELLES	
Commune : SARCELLES	Nationalité : 1 Régime social : 2	
Téléphone : 07 66 52 21 16	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	
Courriel : nathansroussi@gmail.com	Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Représentant légal (renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)	Situation avant ce contrat : 3	
Nom de naissance et prénom :	Dernier diplôme ou titre préparé : 54	
Adresse du représentant légal :	Dernière classe / année suivie : 11	
Complément :	Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : BTS / BTSA	
Code postal :	Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 42	
Commune :		
LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE		
Maître d'apprentissage n°1	Maître d'apprentissage n°2 :	
Nom de naissance : RAKKAH	Nom de naissance :	
Prénom : Naftali	Prénom :	
Date de naissance : 21/02/1989	Date de naissance :	
[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 : **11**

Type de dérogation : à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat

Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant :

Date de conclusion :

Date de début d'exécution du

Si avenant, date d'effet :

(Date de signature du présent contrat)

contrat :

18/10/2021

18/10/2021

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : **30/08/2022**

Durée hebdomadaire du travail : **35 heures 00 minutes**

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

Rémunération

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1^{re} année, du **18/10/2021** au **30/08/2022** : **51 %** du **SMIC** * ; du / / au / / : % du *

2^e année, du / / au / / : % du ; du / / au / / : % du *

3^e année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *

4^e année, du / / au / / : % du * ; du / / au / / : % du *

Salaire brut mensuel à l'embauche :

Caisse de retraite complémentaire :

810,63 €

MALAKOFF MEDERIC

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 :

CFA ORT MONTREUIL - Daniel Mayer

BTS Services Informatiques aux Organisations SISR

N° UAI du CFA : **0931796X**

Code du diplôme : **32032613**

N° SIRET du CFA : **77568810400113**

Code RNCP : **17108**

Adresse du CFA responsable :

Organisation de la formation en CFA :

39/45 RUE RASPAIL

Date de début du cycle de formation :

Complément :

01/09/2021

Code postal : **93100**

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

Commune : **MONTREUIL**

30/06/2022

Durée de la formation : **675 heures**

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)



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

Fait à **PARIS**

Signature de l'employeur

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° 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