

Mode contractuel de l'apprentissage 1

L'EMPLOYEUR	<input checked="" type="checkbox"/> employeur privé	<input type="checkbox"/> employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : STUDIO FLOAX		
N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : 837 985 134 00076		
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : Type d'employeur : 16		
N° : 7 RUE <input type="text"/> Voie : DE LA MARTINIQUE <input type="text"/>		
Employeur spécifique : 0		
Complément : <input type="text"/>		
Code activité de l'entreprise (NAF) : 6202A <input type="text"/>		
Code postal : 97490 <input type="text"/>		
Effectif total salariés de l'entreprise : 6 <input type="text"/>		
Commune : SAINT-DENIS <input type="text"/>		
Convention collective applicable : SYNTEC <input type="text"/>		
Téléphone : 0262 94 65 51 <input type="text"/>		
Code IDCC de la convention : 1486 <input type="text"/>		
Courriel : admin <input type="text"/> @ floax.fr <input type="text"/>		
*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) : SOILIH <input type="text"/>	
Prénom de l'apprenti(e) : MOHAMED AHMED <input type="text"/>	
NIR de l'apprenti(e)* : 1 96 05 99 937 074 69 <input type="text"/>	
<i>*Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre L.6353-10 du code du travail</i>	
Date de naissance : 30/05/1996 <input type="text"/>	
Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Adresse de l'apprenti(e) :	
N° 20 <input type="text"/> Voie : Rue H.FOUCQUE <input type="text"/>	
Département de naissance : COM	
Commune de naissance :	
LOG.138 BAT H.FOUCQUE <input type="text"/>	
MTE DE MITSAMIOULI <input type="text"/>	
Code postal : 97490 <input type="text"/>	
Nationalité : 1 <input type="text"/> Régime social : 2 <input type="text"/>	
Commune : SAINTE-CLOTILDE <input type="text"/>	
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 : 0693 49 75 34 <input type="text"/>	
Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Courriel :	
Soilih3398421 <input type="text"/> @ gmail.com <input type="text"/>	
Situation avant ce contrat : 3 <input type="text"/>	
Représentant légal (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)	
Nom de naissance et prénom :	
Dernier diplôme ou titre préparé : 69 <input type="text"/>	
Adresse du représentant légal :	
N° <input type="text"/> Voie : <input type="text"/>	
Dernière classe / année suivie : 01 <input type="text"/>	
Complément : <input type="text"/>	
Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :	
LICENCE INFORMATIQUE <input type="text"/>	
Code postal : <input type="text"/>	
Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 69 <input type="text"/>	
Commune : <input type="text"/>	

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1	Maître d'apprentissage n°2
Nom de naissance :	Nom de naissance :
BILLET <input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom :	Prénom :
LUCAS <input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance : 09/04/1993 <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/>

☒ 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 signature du présent contrat)

Date de début d'exécution du
contrat :

Si avenant, date d'effet :

10/08/2022

17/10/2022

Date de fin du contrat ou de la période
d'apprentissage : 30/11/2023

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 17/10/2022 au 31/05/2023 : 100 % du SMIC* ; du 01/06/2023 au 16/03/2023 : 100 % du SMIC*

2^{ème} année, du 17/10/2023 au 30/11/2023 : 100 % du SMIC* ; du au : % du *

3^{ème} année, du au : % du * ; du au : % du *

4^{ème} année, du au : % du * ; du au : % du *

Salaire brut mensuel à l'embauche :

1678 , 95 €

Caisse de retraite complémentaire :

MALAKOFF MÉDÉRIC

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

LA FORMATION

CFA d'entreprise : ☐ oui ☒ non

Dénomination du CFA responsable :

EXPERNET

N° UAI du CFA : 9741666T

N° SIRET CFA : 442 764 684 00027

Adresse du CFA responsable :

N° 38 Voie : RUE CLAUDE CHAPPE

Complément : ZAC 2000

Code postal : 97420

Commune : LE PORT

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 79

Intitulé précis :

DIRECTEUR DES PROJETS INFORMATIQUES

Code du diplôme : 16X32610

Code RNCP : 36009

Organisation de la formation en CFA :

Date de début du cycle de formation :

05/12/2022

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

10/11/2023

Durée de la formation : 476 heures 00

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :



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

Fait à : LE PORT

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 :