

**Mode contractuel de l'apprentissage 1**

<b>L'EMPLOYEUR</b>	<input checked="" type="checkbox"/> employeur privé	<input type="checkbox"/> employeur « public »*
--------------------	---	--

**Nom et prénom ou dénomination :**

MACIF

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : 17-21 Voie : PLACE ETIENNE PERN

Complément :

Code postal : 75015

Commune : PARIS

Téléphone : 05 23 53 14 59

Courriel :

ambre.villanneau @macif.fr

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

78145251109146

Type d'employeur : 12

Employeur spécifique : 0

Code activité de l'entreprise (NAF) : 6512Z

Effectif total salariés de l'entreprise :

9966

Code IDCC de la convention collective applicable :

1672

\*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) :** FAKHIR

**Nom d'usage :**

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

NIR de l'apprenti(e) : 2 01 07 99 350 152 24

Date de naissance : 27/01/2001

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

N° 7 Voie : rue Carrier Mainguet

Sexe :  M  F

Complément :

Département de naissance : 099

Code postal : 75011

Commune de naissance :

Commune : PARIS

Casablanca

Téléphone : 0635347548

Nationalité : 3 Régime social : 2

Courriel :

am.fakhir @gmail.com

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

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

Nom de naissance et prénom :

Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé :  oui  non

**Adresse du représentant légal :**

N° Voie :

Situation avant ce contrat : 3

Complément :

Dernier diplôme ou titre préparé : 54

Code postal :

Dernière classe / année suivie : 01

Commune :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Courriel :

BTS Audiovisuel

@

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 54

**LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE**

**Maître d'apprentissage n°1**

**Nom de naissance :**

JACOB

**Prénom :** Florian

Date de naissance : 17/04/1987

NIR : 1 87 04 45 208 047 83

Courriel : fjacob @macif.fr

Emploi occupé :

Manager d'Equipe

**Maître d'apprentissage n°2**

**Nom de naissance :**

**Prénom :**

Date de naissance :

NIR :

Courriel :

@

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

BTS Informatique de gestion

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 5

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

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

## 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 signatures du présent contrat)

21/05/2024

Date de début d'exécution du

contrat :

02/09/2024

Date de début de formation pratique chez l'employeur :

02/09/2024

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 28/08/2026

Durée hebdomadaire du travail :

35 heures 00 minutes

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

### Rémunération

1<sup>re</sup> année, du 02/09/2024 au 01/09/2025 : 53 % du SMC \* ; du au : 53 % du SMC \*  
2<sup>ème</sup> année, du 02/09/2025 au 28/08/2026 : 61 % du SMC \* ; du au : 61 % du SMC \*  
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 :

1305.77 . €

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : 0 , € / repas Logement : 0 , € / mois Autre :

\* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

## LA FORMATION

CFA d'entreprise :  oui  non

Dénomination du CFA responsable :

CFA INSTA

N° UAI du CFA : 0755432X

N° SIRET CFA : 50947289000029

Adresse du CFA responsable :

N°12 Voie : RUE DE CLERY

Complément :

Code postal : 75002

Commune : PARIS 2

Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 54

Intitulé précis :

BTS SIO

Code du diplôme : 32032613

Code RNCP : 35340

Organisation de la formation en CFA :

Date de début de formation en CFA :

16/10/2024

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

30/06/2026

Durée de la formation : 1200 heures

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

Dénomination du lieu de formation principal :

N° UAI :

N° SIRET :

Adresse du lieu de formation principal :

N° Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

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 : Paris

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(e)

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

Monsieur Nicolas LLORENS  
Délégué des Organismes de Formation  
Signature en tant que  
Madame Leïla MAMET



## 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 :

### Mode contractuel de l'apprentissage A durée limitée

**L'EMPLOYEUR**       employeur privé       employeur « public »\*

**Nom et prénom ou dénomination :**

MACIF

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : 17 Voie : PL ETIENNE PERNET

Complément :

Code Postal : 75015

Commune : PARIS

Téléphone : 0523531459

Courriel : ambre.villanneau@macif.fr

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

78145251109146

Type d'employeur : Entreprise inscrite uniquement au registre du commerce et des sociétés

Employeur spécifique : Aucun de ces cas

Code activité de l'entreprise (NAF) : 6512Z

Effectif total salarié de l'entreprise : 9 966

Code IDCC de la convention collective applicable :

1672

\*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) : FAKHIR**

**Nom d'usage : FAKHIR**

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

NIR de l'apprenti(e) :

Date de naissance : 27/01/2001

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

N° : 7 Voie : RUE CARRIER MAINGUET

Sexe :  M  F Département de naissance : 099

Complément :

Commune de naissance : Casablanca

Code Postal : 75011

Nationalité : Française Régime social : URSSAF

Commune : PARIS 11E ARRONDISSEMENT

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut

Téléphone : 0635347548

niveau :  oui  non

Courriel : am.fakhir@gmail.com

Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur

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

Nom de naissance et prénom :

handicapé :  oui  non

**Adresse du représentant légal :**

N° : Voie :

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

Complément :

Équivalence jeunes :  oui  non

Code Postal :

Extension BOE :  oui  non

Commune :

Situation avant ce contrat : 3 - Etudiant

Courriel : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Dernier diplôme ou titre préparé : 54- Brevet de Technicien Supérieur

Dernière classe / année suivie : L'apprenti a suivi la dernière année du cycle de formation et a obtenu le diplôme ou titre

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

BTS AUDIOVISUEL

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 54- Brevet de Technicien Supérieur

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 : JACOB**

**Prénom : FLORIAN**

Date de naissance : 17/04/1987

Courriel : fjacob@macif.fr

**Maître d'apprentissage n°2**

**Nom de naissance :**

**Prénom :**

Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Courriel :

Emploi occupé : Manager d'équipe

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

BTS Informatique de gestion

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

DEUG,BTS,DTU,DEUST

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

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

## LE CONTRAT

Type de contrat ou d'avenant : 38 - Modification du lieu principal de réalisation de la formation théorique

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

Date de conclusion  
(date de signature du présent contrat)  
10/07/2025

Date de début d'exécution du contrat :  
02/09/2024

Date de début de formation pratique chez l'employeur :  
02/09/2024

Si avenant, date d'effet : 01/09/2025

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 31/08/2026

Durée hebdomadaire du travail :  
35 heures 0 minutes

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

\* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1<sup>re</sup> année, du 02/09/2024 au 01/09/2025 : 53% du SMC ; du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : \_\_\_% du \_\_\_

2<sup>e</sup> année, du 02/09/2025 au 31/08/2026 : 61% du SMC ; du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : \_\_\_% du \_\_\_

3<sup>e</sup> année, du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : \_\_\_% du \_\_\_ ; du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : \_\_\_% du \_\_\_

4<sup>e</sup> année, du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : \_\_\_% du \_\_\_ ; du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : \_\_\_% du \_\_\_

**Salaire brut mensuel à l'embauche : 1 305,77 € / mois** Caisse de retraite complémentaire : B2V

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : Logement : Autre :  Autres

## LA FORMATION

CFA d'entreprise :  oui  non

Dénomination du CFA responsable :

IP-FORMATION

N° UAI du CFA : 0755724P

N° SIRET du CFA : 42079370500047

**Adresse du CFA responsable :**

N° : 25 Voie : RUE CLAUDE TILLIER

Complément : ECOLE IPSSI - GROUPE IP-FORMATION

Code Postal : 75012

Commune : PARIS

Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)

Ecole IPSSI / Ip-formation  
25, rue Claude Tillier - F-75024  
75560 PARIS Cedex 12  
Tél. : 01 55 42 26 65  
www.ecole-ipssi.com  
RCB Paris B 40 703 705

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 58-Autre diplôme ou titre de niveau bac+2

Intitulé précis : SERVICES INFORMATIQUES AUX ORGANISATIONS OPTION A SOLUTIONS D'INFRASTRUCTURE, SYSTEMES ET RESEAUX (BTS)

Code du diplôme : 32032613

Code RNCP : RNCP35340

**Organisation de la formation en CFA :**

Date de début du cycle de formation : 15/09/2025

Date prévue de la fin des épreuves ou examens :  
28/08/2026

Durée de la formation : 715 heures 00 minutes

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

Dénomination du lieu de formation principal :

N° UAI : N° SIRET :

**Adresse du lieu de formation principal :**

N° : Voie :

Complément :

Code Postal :

Commune :

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

Fait à

**Signature de l'employeur**

M. LLORENS Nicolas – DRH

Signature pour ordre

Mme MAMET Leila





**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 :**

Date de réception du dossier complet : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Numéro de dépôt :

**N°SIRET de l'organisme :**

Date de la décision:

Numéro d'avenant :

*Pour remplir le contrat et pour plus d'informations sur les traitements de données, reportez-vous à la notice.*