

Mode contractuel de l'apprentissage 1

L'EMPLOYEUR	
<input checked="" type="checkbox"/> employeur privé	<input type="checkbox"/> employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : MACIF	N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : 78145251109146
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : N° : 17-21 Voie : PLACE ETIENNE PERN	Type d'employeur : 12
Complément : Code postal : 75015	Employeur spécifique : 0
Commune : PARIS	Code activité de l'entreprise (NAF) : 6512Z
Téléphone : 05 23 53 14 59	Effectif total salariés de l'entreprise : 9966
Courriel : ambre.villanneau @macif.fr	Code IDCC de la convention collective applicable : 1672
*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) : 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 : <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F
Complément : Code postal : 75011	Département de naissance : 099
Commune : PARIS	Commune de naissance : Casablanca
Téléphone : 0635347548	Nationalité : 3 Régime social : 2
Courriel : am.fakhir @gmail.com	Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
Représentant légal (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé) Nom de naissance et prénom :	Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
Adresse du représentant légal : N° Voie : Complément : Code postal : Commune : Courriel : @	Situation avant ce contrat : 3 Dernier diplôme ou titre préparé : 54 Dernière classe / année suivie : 01 Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : BTS Audiovisuel Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 54 Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non

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

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

☒ 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 signatures du présent contrat)

Date de début d'exécution du contrat :

Date de début de formation pratique chez l'employeur :

21/05/2024

02/09/2024

02/09/2024

Si avenant, date d'effet :

Durée hebdomadaire du travail :

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

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 02/09/2024 au 01/09/2025 : 53 % du SMC * ; du au : 53 % du SMC *

2^{ème} année, du 02/09/2025 au 28/08/2026 : 61 % du SMC * ; du au : 61 % du SMC *

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

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

Salaire brut mensuel à l'embauche : 1305.77 , €

Caisse de retraite complémentaire : B2V

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

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

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
Directeur des Ressources Humaines
Signature pour ordre
Madame Laila MAMET

LIBRE JACQUES JANVIER
M.A.C.I.F.
12 rue de Cléry
75002 PARIS

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 :

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) :

Sexe : ☐ M ☒ F Département de naissance : 099

N° : 7 Voie : RUE CARRIER MAINGUET

Commune de naissance : Casablanca

Complément :

Nationalité : Française

Régime social : URSSAF

Code Postal : 75011

Commune : PARIS 11E ARRONDISSEMENT

Téléphone : 0635347548

Courriel : am.fakhir@gmail.com

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut

niveau : ☐ oui ☒ non

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur

handicapé : ☐ oui ☒ non

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

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

Nom de naissance et prénom :

Équivalence jeunes : ☐ oui ☒ non

Adresse du représentant légal :

Extension BOE : ☐ oui ☒ non

N° : Voie :

Situation avant ce contrat : 3 - Etudiant

Complément :

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

Code Postal :

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

Commune :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Courriel : _____@_____

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	Emploi occupé :
Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : BTS Informatique de gestion	Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : DEUG,BTS,DUT,DEUST	Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :
<input checked="" type="checkbox"/> 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 : 38 - Modification du lieu principal de réalisation de la formation théorique	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) 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

Rémunération

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1^{re} année, du 02/09/2024 au 01/09/2025 : 53% du SMC ; du __/__/__ au __/__/__ : __% du __

2^e année, du 02/09/2025 au 31/08/2026 : 61% du SMC ; 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 : 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 - 75012 Paris
75560 PARIS Cedex 12
Tél. : 01 55 43 26 65
www.ecole-ipssi.com
RCS Paris B 350 793 705

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'INFRA-STRUCTURE, 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 :	N°SIRET de l'organisme :
Date de réception du dossier complet : __/__/__	Date de la décision:
Numéro de dépôt :	Numéro d'avenant :
<i>Pour remplir le contrat et pour plus d'informations sur les traitements de données, reportez-vous à la notice.</i>	