

Mode contractuel de l'apprentissage 1

L'EMPLOYEUR		<input checked="" type="checkbox"/> employeur privé	<input type="checkbox"/> employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : ActivStudy		N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : 8 4 3 9 4 0 0 6 5 0 0 0 1 7	
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :		Type d'employeur : 1 2	
N° : 16	Voie : RUE MAXIME GORKI	Employeur spécifique : 0	
Complément :		Code activité de l'entreprise (NAF) : 8 5 5 9 b	
Code postal : 4 2 8 0 0		Effectif total salariés de l'entreprise : □ □ □ □ □ □ 3	
Commune : RIVE-DE-GIER		Convention collective applicable :	
Téléphone : 0 6 6 2 2 1 2 4 8 1		Enseignement privé indépendant	
Courriel : info @ ouiactive.com		Code IDCC de la convention : 2 6 9 1	
*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) : Amir			
Prénom de l'apprenti(e) : Mahamat Saleh			
NIR de l'apprenti(e)* : 1 9 7 2 0 9 9 3 4 4 0 0 8 <i>*Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre L.6353-10 du code du travail</i>		Date de naissance : 0 1 / 0 1 / 1 9 9 7	
Adresse de l'apprenti(e) :		Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
N° 129	Voie : Rue Laennec	Département de naissance : 9 9	
Complément : (chez Abdelkhabir issa)		Commune de naissance : Oum-Hadjer	
Code postal : 6 9 0 0 8		Nationalité : 3 Régime social : 2	
Commune : Lyon		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 : 0 7 5 1 0 9 3 7 7 9		Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Courriel : abgurene1 @ gmail.com		Situation avant ce contrat : 1 1	
Représentant légal (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)		Dernier diplôme ou titre préparé : 6 9	
Nom de naissance et prénom :		Dernière classe / année suivie : 0 1	
Adresse du représentant légal :		Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : sciences biologiques	
N°	Voie :	Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 6 9	
Complément :			
Code postal : □ □ □ □ □			
Commune :			

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1	Maître d'apprentissage n°2
Nom de naissance : Bouja	Nom de naissance :
Prénom : Asma	Prénom :
Date de naissance : 0 1 / 0 5 / 1 9 8 4	Date de naissance : □ □ / □ □ / □ □ □ □
<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 : 1 1 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) 0 9 / 0 3 / 2 0 2 2 Date de début d'exécution du contrat : 2 1 / 0 3 / 2 0 2 2 Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 3 0 / 0 4 / 2 0 2 3 Durée hebdomadaire du travail : 3 5 heures 0 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 2 1 0 3 2 0 2 2 au 3 1 0 1 2 0 2 3 : 5 3 % du S M I C* ; du 0 1 0 2 2 0 2 3 au 2 0 0 3 2 0 2 3 : 1 0 0 % du S M I C*
 2^{ème} année, du 2 1 0 3 2 0 2 3 au 3 0 0 4 2 0 2 3 : 1 0 0 % du S M I C* ; 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 :

Caisse de retraite complémentaire :

8 4 9 , 6 5 €

B2V

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 : 6 9

Dénomination du CFA responsable :

Intitulé précis :

ISCOD

Concepteur développeur d'applications

N° UAI du CFA : 0 0 6 2 2 6 8 H

Code du diplôme : 2 6 T 3 2 6 0 1

N° SIRET CFA : 8 8 8 7 7 7 2 6 5 0 0 0 1 6

Code RNCP : 3 1 6 7 8

Adresse du CFA responsable :

Organisation de la formation en CFA :

N° 1300 Voie : Route des Crêtes

Date de début du cycle de formation :

Complément : WTC BAT E

1 2 / 0 4 / 2 0 2 2

Code postal : 0 6 5 6 0

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

Commune : Valbonne - Sophia-Antipolis

1 4 / 0 4 / 2 0 2 3

Durée de la formation : 4 9 0 heures

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 : RIVE-DE-GIER

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(e)

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

Yadem Benmessaou

AMIR Mahamat Sale

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

TITRE	CERFA A SIGNER POUR AMIR Mahamat Saleh
NOM DU FICHIER	CERFA A SIGNER.pdf
IDENTIFIANT DU DOCUMENT	59d7537e1ab59bc36ca802533fb138769f05224b
FORMAT DE DATE DU DOCUMENT	DD / MM / YYYY
STATUT	● Signé

Historique du document



14 / 03 / 2022
12:31:35 UTC+1

Envoyé pour signature à Yadem Benmessaoud (info@ouiactive.com) and AMIR Mahamat Saleh (abgurene1@gmail.com) depuis celine.bouet@iscod.fr
IP: 82.97.11.134



14 / 03 / 2022
12:31:54 UTC+1

Consulté par Yadem Benmessaoud (info@ouiactive.com)
IP: 31.219.130.241



14 / 03 / 2022
12:32:25 UTC+1

Signé par Yadem Benmessaoud (info@ouiactive.com)
IP: 31.219.130.241



14 / 03 / 2022
12:55:05 UTC+1

Consulté par AMIR Mahamat Saleh (abgurene1@gmail.com)
IP: 81.185.164.114



14 / 03 / 2022
12:57:05 UTC+1

Signé par AMIR Mahamat Saleh (abgurene1@gmail.com)
IP: 81.185.164.114



14 / 03 / 2022
12:57:05 UTC+1

Le document a été terminé.