

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Licence

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 6

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

[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

Date de début de formation pratique

(Date de signature du présent contrat)

contrat :

chez l'employeur :

17/11/2023

27/11/2023

27/11/2023

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période

Durée hebdomadaire du travail :

d'apprentissage : 19/07/2024

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<sup>re</sup> année, du 27/11/2023 au 19/07/2024 : 75 % du SMIC \* ; du  au  :  % du  \*

2<sup>e</sup> année, du  au  :  % du  \* ; 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 :

Caisse de retraite complémentaire :

1310,4 €

KLESIA

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture :  € / repas

Logement :  € / mois

Autre : ☐

### LA FORMATION

CFA d'entreprise : ☐ oui ☒ non

Dénomination du CFA responsable :

GIP FCIP - CFA

N° UAI du CFA : 0512171H

N° SIRET du CFA : 18510906300031

Adresse du CFA responsable :

17, Boulevard de la Paix

Complément : CS 50033

Code postal : 51722

Commune : REIMS CEDEX

☐ 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 SERVICES INFORMATIQUES AUX

ORGANISATIONS OPT.B SOLUTIONS

LOGICIELLES ET APPLICATIONS METIERS

Code du diplôme : 32032614

Code RNCP : 35340

Organisation de la formation en CFA :

Date de début de formation en CFA:

04/12/2023

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

30/06/2024

Durée de la formation : 455 heures

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)

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

Dénomination du lieu de formation principal :

Lycée Monge

N° UAI : 0080027L

N° SIRET : 19080027600015

Adresse du lieu de formation principal :

2 avenue de Saint Julien

Complément :

Code postal : 08000

Commune : CHARLEVILLE-MÉZIÈRES

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

Fait à CHARLEVILLE-MEZIERES

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(e)

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

PREMIER

### CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME EN CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT

Nom de l'organisme :

N° SIRET de l'organisme :

OPCO SANTÉ

85403311500015

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



**Mode contractuel de l'apprentissage 11**

L'EMPLOYEUR	<input checked="" type="checkbox"/> employeur privé	<input type="checkbox"/> employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : <b>VERS L'AUTONOMIE DU SUJET</b>	N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : <b>77555398500018</b>	
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : <b>15 avenue Jean Jaurès</b>	Type d'employeur : <b>12</b> Employeur spécifique : <b>0</b>	
Complément : Code postal : <b>08000</b>	Code activité de l'entreprise (NAF) : <b>8891B</b> Effectif total salariés de l'entreprise : <b>146</b>	
Commune : <b>CHARLEVILLE MEZIERES</b>	Code IDCC de la convention collective applicable : <b>0413</b>	
Téléphone : <b>03 24 33 71 67</b>		
Courriel : <b>frederique.chaussin@cmpp08.fr</b>		
*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) : <b>BARIAL</b>	
Nom d'usage : <b>BARIAL</b>	
Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil : <b>Benjamin</b>	
NIR de l'apprenti(e) : <b>1020408362234</b>	Date de naissance : <b>15/04/2002</b>
Adresse de l'apprenti(e) : Rue du Stade Complément : Code postal : <b>08130</b>	Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Département de naissance : <b>08</b> Commune de naissance : <b>RETHEL</b>
Commune : <b>ALLAND HUY ET SAUSSEUIL</b>	Nationalité : <b>1</b> Régime social : <b>2</b>
Téléphone : <b>06 49 20 38 03</b>	Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
Courriel : <b>benjamin.barial.pro@gmail.com</b>	Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
Représentant légal (renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé) Nom de naissance et prénom :	Situation avant ce contrat : <b>3</b> Dernier diplôme ou titre préparé : <b>54</b> Dernière classe / année suivie : <b>11</b> Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : <b>BTS / BTSA</b> Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : <b>54</b>
Adresse du représentant légal :	Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
Complément : Code postal : Commune : Courriel :	

**LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE**

Maître d'apprentissage n°1	Maître d'apprentissage n°2 :
Nom de naissance : <b>CHAUSSIN</b>	Nom de naissance :
Prénom : <b>Frederique</b>	Prénom :
Date de naissance : <b>23/06/1972</b>	Date de naissance :
NIR : <b>2720669259098</b>	NIR :
Courriel : <b>frederique.chaussin@cmpp08.fr</b>	Courriel :
Emploi occupé : <b>Directrice Générale</b>	Emploi occupé :