

Mode contractuel de l'apprentissage I11

L'EMPLOYEUR		[X] employeur privé	[] employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : ALTEN SA Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : 855 AVENUE ROGER SALENGRO Complément : Code postal : 92370 Commune : CHAVILLE Téléphone : 01.58.17.76.59 Courriel : laura.azoulay@alten.com		N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : 34860741700758 Type d'employeur : 12 Employeur spécifique : 0 Code activité de l'entreprise (NAF) : 6202A Effectif total salariés de l'entreprise : 5020 Code IDCC de la convention collective applicable : 1486	
*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) : ENKAOUA Nom d'usage : ENKAOUA Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil : Elie NIR de l'apprenti(e) : 1020375117492 Adresse de l'apprenti(e) : 39 AVENUE CHARLES Complément : Code postal : 93220 Commune : GAGNY Téléphone : Courriel : enkaouae@gmail.com Représentant légal (renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé) Nom de naissance et prénom : Adresse du représentant légal : Complément : Code postal : Commune : Courriel :			
Date de naissance : 04/03/2002 Sexe : [X] M [] F Département de naissance : 75 Commune de naissance : PARIS 17 Nationalité : 1 Régime social : 2 Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau : [] oui [X] non Déclare bénéficié de la reconnaissance travailleur handicapé : [] oui [X] non Situation avant ce contrat : 7 Dernier diplôme ou titre préparé : 42 Dernière classe / année suivie : 01 Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : Bac général Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 42 Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : [] oui [X] non			
LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE			
Maître d'apprentissage n°1 Nom de naissance : OZIEL Prénom : David Date de naissance : 31/08/1976 NIR : Courriel : david.oziel@alten.com Emploi occupé : Chief Information Security Officer		Maître d'apprentissage n°2 : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : NIR : Courriel : Emploi occupé :	

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

BAC +5

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : **7**

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 : **36**

Type de dérogation : ___ à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat

Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : **092202311009962**

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 :

28/09/2023

25/09/2023

25/09/2023

Si avenant, date d'effet : **01/02/2024**

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : **31/07/2025**

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 **25/09/2023** au **24/09/2024** : **55** % du **SMIC** * ; du ___/___/___ au ___/___/___ : ___ % du ___ *

2^e année, du **25/09/2024** au **31/07/2025** : **65** % du **SMIC** * ; 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 :

960,96 €

Caisse de retraite complémentaire :

KLESIA MORNAY

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

Logement : ___, __ € / mois

Autre : ☐

LA FORMATION

CFA d'entreprise : ☐ oui ☒ non

Dénomination du CFA responsable :

CFA ORT MONTREUIL

N° UAI du CFA : **0931796X**

N° SIRET du CFA : **77568810400113**

Adresse du CFA responsable :

39/45 RUE RASPAIL

Complément :

Code postal : **93100**

Commune : **MONTREUIL**

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

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : **54**

Intitulé précis :

BTS SIO option SLAM

Code du diplôme : **32032614**

Code RNCP : **35340**

Organisation de la formation en CFA :

Date de début de formation en CFA:

18/09/2023

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

30/06/2025

Durée de la formation : **1350** 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 :

Complément :

Code postal :

Commune :

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

Fait à **CHAVILLE**

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 :

OPCO ATLAS

Date de réception du dossier complet :

Date de la décision :

N° de dépôt : **092202311009962**

Numéro d'avenant : **001**

Pour remplir le contrat et pour plus d'informations sur le traitement des données reportez-vous à la notice FA 14

Sceau du tiers de confiance
de signature électronique

.....