



Mode contractuel de l'apprentissage A durée limitée

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

Nom et prénom ou dénomination :

MUTUELLE ASSURANCE TRAVAILLEUR MUTUALISTE

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : 129 Voie : RUE MANIN

Complément : 129 RUE MANIN

Code Postal : 75019

Commune : PARIS

Téléphone : 0232953416

Courriel : alternance@matmut.fr

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

77570147707509

Type d'employeur : Autre employeur privé

Employeur spécifique : Aucun de ces cas

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

Effectif total salarié de l'entreprise : 5 098

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) : BOUKEZZOULA

Nom d'usage : BOUKEZZOULA

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

NIR de l'apprenti(e) : 205057511066748

Date de naissance : 18/05/2005

Adresse de l'apprenti(e) :

Sexe : M F Département de naissance : 75

N° : 97 Voie : BOULEVARD DAVOUT

Commune de naissance : PARIS 10E ARRONDISSEMENT

Complément :

Nationalité : Française Régime social : URSSAF

Code Postal : 75020

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

Commune : PARIS 20E ARRONDISSEMENT

Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé : oui non

Téléphone : 0769391384

Situation avant ce contrat : 7 - En formation au CFA sous statut de stagiaire de la formation professionnelle, avant conclusion d'un contrat d'apprentissage

Courriel : s.boukezzoula@mailistec.fr

Dernier diplôme ou titre préparé : 79- Autre diplôme ou titre de niveau bac+5 ou plus

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

Dernière classe / année suivie : L'apprenti a suivi la 1ère année du cycle et l'a validée (examens réussis mais année non diplômante)

Nom de naissance et prénom :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Adresse du représentant légal :

PGE Négociateur technico-commercial

N° : Voie :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 42- Baccalauréat général

Complément :

Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : oui non

Code Postal :

Commune :

Courriel : _____ @ _____

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1

Nom de naissance : EDOUARD

Prénom : JAMES

Date de naissance : 08/02/1990

Courriel : edouard.james@matmut.fr

Emploi occupé : CONSEILLER EN ASSURANCE

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

BTS ASSURANCE

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Courriel :

Emploi occupé :

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 :

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 : 23 - Nouveau contrat avec un apprenti dont le précédent contrat a été rompu
Type de dérogation : à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat
Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : 075202304014926

Date de conclusion
(date de signature du présent contrat)
21/10/2024

Date de début d'exécution du
contrat :
21/10/2024

Date de début de formation
pratique chez l'employeur :
21/10/2024

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période
d'apprentissage : 03/07/2026

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)

Rémunération

1re année, du 21/10/2024 au 20/10/2025 : 43% du SMC ; du ___/___ au ___/___ : ___% du ___

2e année, du 21/10/2025 au 31/05/2026 : 51% du SMC ; du 01/06/2026 au 03/07/2026 : 61% du SMC

3e année, du ___/___ au ___/___ : ___% du ___ ; du ___/___ au ___/___ : ___% du ___

4e année, du ___/___ au ___/___ : ___% du ___ ; du ___/___ au ___/___ : ___% du ___

Salaire brut mensuel à l'embauche : 889,39 € / mois Caisse de retraite complémentaire : MALAKOFF HUMANIS

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

LA FORMATION

CFA d'entreprise : oui non

Dénomination du CFA responsable :

ECOLE SUPERIEURE D'ASSURANCE

N° UAI du CFA : 0753378P

N° SIRET du CFA : 32006002300050

Adresse du CFA responsable :

N° : 13 Voie : RUE FERNAND LEGER

Complément :

Code Postal : 75020

Commune : PARIS 20

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- Brevet de Technicien Supérieur

Intitulé précis : ASSURANCE (BTS)

Code du diplôme : 32031311

Code RNCP : RNCP38359

Organisation de la formation en CFA :

Date de début du cycle de formation : 02/09/2024

Date prévue de la fin des épreuves ou examens :
03/07/2026

Durée de la formation : 1337 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 ROUEN

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 :

Date de réception du dossier complet : ___/___/___

Numéro de dépôt :

N°SIRET de l'organisme :

Date de la décision:

Numéro d'avenant :