

Mode contractuel de l'apprentissage 1

L'EMPLOYEUR	X employeur privé	employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : A3F EXPERTISES		N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : 14565678765676
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :		Type d'employeur : 11
N° : 1 Voie : saint sauveurs		Employeur spécifique : 1
Complément :		Code activité de l'entreprise (NAF) : 8010Z
Code postal : 92260		Effectif total salariés de l'entreprise :
Commune : FONTENAY AUX ROSES		12
Téléphone : 0753868021		Code IDCC de la convention collective applicable :
Courriel : zeufackheriol9@gmail.com @		1352

*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) : Heriol VALDO

Nom d'usage : Zeufack fiemo

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

NIR de l'apprenti(e) : 123423454343434

Date de naissance : 06/03/2025

Adresse de l'apprenti(e) :

N°sobadjøvoie : sobadjo8

Sexe : X M F

Complément :

Département de naissance : 02

Code postal : 92260

Commune de naissance :

Commune : fontenay aux roses

fontenay aux roses

Téléphone : 0753868021

Nationalité : 1 Régime social : 1

Courriel : zeufackheriol9@gmail.com

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

@

Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé : oui non

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

Nom de naissance et prénom :

Situation avant ce contrat : 1

Adresse du représentant légal :

N° Voie :

Dernier diplôme ou titre préparé : 80

Complément :

Dernière classe / année suivie : 1

Code postal :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : intitule

Commune :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 80

Courriel :

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

@

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1

Nom de naissance :

Zeufack fiemo

Prénom : Heriol VALDO

Date de naissance : 05/03/2025

NIR : 102073306390957

Courriel :

zeufackheriol9@gmail.com

Emploi occupé :

testemployeur

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

NIR :

Courriel :

@

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

test employeur

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 1

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

test employeur

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

Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : 003202310093114

Date de conclusion :

(Date de signatures du présent contrat)

25/02/2025

Date de début d'exécution du

contrat :

05/03/2025

Date de début de formation pratique

chez l'employeur :

04/03/2025

Si avenant, date d'effet : 03/03/2025

Date de fin du contrat ou de la période
d'apprentissage : 07/03/2025

Durée hebdomadaire du travail :

35 heures 12 minutes

Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : oui non

Rémunération

1^{re} année, du 06/03/2025 au 05/03/2025 : 100% du SMIC * ; du au : % du *
2^{eme} année, du au : % du * ; du au : % du *
3^{eme} année, du au : % du * ; du au : % du *
4^{eme} année, du au : % du * ; du au : % du *

Salaire brut mensuel à l'embauche : 1747.2 €

€

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture :

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

au : % du *
au : % du *
au : % du *
au : % du *

Caisse de retraite complémentaire :
caisse

€ / repas Logement : , € / mois Autre :

LA FORMATION

CFA d'entreprise : oui non

Dénomination du CFA responsable :

1901 FORMATION

N° UAI du CFA : 0031144C

N° SIRET CFA : 40412904100020

Adresse du CFA responsable :

N°32 Voie : QUAI D'ALLIER

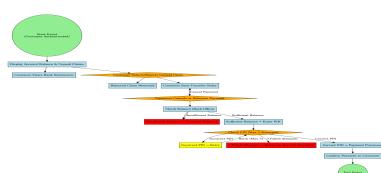
Complément :

Code postal : 03200

Commune : Vichy

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 : Douala

Signature de l'employeur

EM

Signature de l'apprenti(e)

ARTI

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

REZ

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

Nom de l'organisme :

Date de réception du dossier complet :

N° de dépôt :

N° SIRET de l'organisme :

Date de la décision :

Numéro d'avenant :