

Mode contractuel de l'apprentissage I11

L'EMPLOYEUR		<input checked="" type="checkbox"/> employeur privé	<input type="checkbox"/> employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : DOMINGUES LAURA		N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : 81320243900010	
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : 161 ROUTE DU FRONTON		Type d'employeur : 12	
Complément :		Employeur spécifique : 0	
Code postal : 64480		Code activité de l'entreprise (NAF) : 9609Z	
Commune : USTARITZ		Effectif total salariés de l'entreprise : 1	
Téléphone : 06 59 22 07 68		Convention collective applicable :	
Courriel : contact@pastelcreatif.fr		Convention collective nationale des fleuristes, de la vente et des services des animaux familiers	
		Code IDCC de la convention 1978	
*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) : MARTINEZ			
Prénom de l'apprenti(e) : Charlotte			
NIR de l'apprenti(e)* :		Date de naissance : 29/01/2001	
<i>*Pour les employeurs de secteur privé dans le cadre L.6353-10 du code du travail</i>		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	
Adresse de l'apprenti(e) : 2 RUE D'ARANCETTE		Département de naissance : 64	
Complément :		Commune de naissance : BAYONNE	
Code postal : 64100		Nationalité : 1 Régime social : 2	
Commune : BAYONNE		Déclare être inscrit sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau :	
Téléphone : 07 81 91 66 20		<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Courriel : charlotte64.cm@gmail.com		Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Représentant légal (renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)		Situation avant ce contrat : 3	
Nom de naissance et prénom :		Dernier diplôme ou titre préparé : 62	
Adresse du représentant légal :		Dernière classe / année suivie : 01	
Complément :		Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : Licence Professionnelle Métiers de l'Événementiel	
Code postal :		Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 62	
Commune :			
LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE			
Maître d'apprentissage n°1		Maître d'apprentissage n°2 :	
Nom de naissance : DOMINGUES		Nom de naissance :	
Prénom : Laura		Prénom :	
Date de naissance : 24/11/1988		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 : **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

Si avenant, date d'effet :

(Date de signature du présent contrat)

contrat :

04/07/2022

09/07/2022

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : **19/07/2024**

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 **04/07/2022** au **03/07/2023** : **53 %** du **SMIC** * ; du ___/___/___ au ___/___/___ : ___ % du ___ *

2^e année, du **04/07/2023** au **03/07/2024** : **61 %** du **SMIC** * ; du ___/___/___ au ___/___/___ : ___ % du ___ *

3^e année, du **04/07/2024** au **19/07/2024** : **61 %** du **SMIC** * ; du ___/___/___ au ___/___/___ : ___ % du ___ *

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

Salaire brut mensuel à l'embauche :

Caisse de retraite complémentaire :

872,16 €

AG2R

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : **0 € / repas** Logement : **0 € / mois** Autre :

LA FORMATION

CFA d'entreprise : oui non

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : **79**

Dénomination du CFA responsable :

Intitulé précis :

EPSECO BAYONNE

MANAGER DE LA STRATEGIE ET DE LA PERFORMANCE COMMERCIALE

N° UAI du CFA : **0641772D**

Code du diplôme : **16X31207**

N° SIRET du CFA : **33882972400040**

Code RNCP : **35894**

Adresse du CFA responsable :

Organisation de la formation en CFA :

15 rue Vauban

Date de début du cycle de formation :

Complément :

03/10/2022

Code postal : **64100**

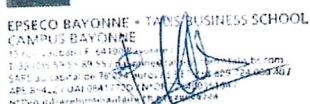
Date prévue de fin des épreuves ou examens :

Commune : **BAYONNE**

19/07/2024

Durée de la formation : **1029 heures**

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)



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

Fait à **USTARITZ**

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 :

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