

Mode contractuel de l'apprentissage I11

L'EMPLOYEUR		<input checked="" type="checkbox"/> [X] employeur privé	<input type="checkbox"/> [] employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : SAFRAN NACELLES Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : 33 Avenue Jean Monnet Complément : Code postal : 31770 Commune : COLOMIERS Téléphone : 06.71.24.58.31 Courriel : stephanie.briand@safrangroup.com		N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : 35205051200040 Type d'employeur : 12 Employeur spécifique : 0 Code activité de l'entreprise (NAF) : 3030Z Effectif total salariés de l'entreprise : 280 Code IDCC de la convention collective applicable : 1059	
*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) : LAVAL Nom d'usage : LAVAL Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil : Maxime NIR de l'apprenti(e) : 1021211069172 Adresse de l'apprenti(e) : 6 rue de l'Eglise Complément : Code postal : 11270 Commune : FANJEAUX Téléphone : 06.31.76.62.46 Courriel : max-laval@orange.fr 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 : 24/12/2002 Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> [X] M <input type="checkbox"/> [] F Département de naissance : 11 Commune de naissance : CARCASSONNE Nationalité : 1 Régime social : 2 Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau : <input type="checkbox"/> [] oui <input checked="" type="checkbox"/> [X] non Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> [] oui <input checked="" type="checkbox"/> [X] non Situation avant ce contrat : 7 Dernier diplôme ou titre préparé : 62 Dernière classe / année suivie : 01 Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : LICENCE Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 62 Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : <input type="checkbox"/> [] oui <input checked="" type="checkbox"/> [X] non			
LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE			
Maître d'apprentissage n°1 Nom de naissance : EL ABDELLI Prénom : Aziz Date de naissance : 01/02/1977 NIR : 1770299350205 Courriel : aziz.el-abdelli@safrangroup.com Emploi occupé : Responsable Amélioration Continue		Maître d'apprentissage n°2 : Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : NIR : Courriel : Emploi occupé :	

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

BTS

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : **5**

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 : **22**

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 signature du présent contrat)

05/10/2023

Date de début d'exécution du

contrat :

16/10/2023

Date de début de formation pratique

chez l'employeur :

16/10/2023

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période

d'apprentissage : **12/09/2025**

Durée hebdomadaire du travail :

35 heures 00 minutes

Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : ___ oui [X] non

Rémunération

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1^{re} année, du **16/10/2023** au **31/12/2023** : **80 %** du **SMC** * ; du **01/01/2024** au **15/10/2024** : **80 %** du **SMC** *

2^e année, du **16/10/2024** au **12/09/2025** : **80 %** du **SMC** * ; 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 :

1421,23 €

Caisse de retraite complémentaire :

HUMANIS

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

Logement : ___, __ € / mois

Autre : []

LA FORMATION

CFA d'entreprise : [] oui [X] non

Dénomination du CFA responsable :

MIDISUP

N° UAI du CFA : **0312755B**

N° SIRET du CFA : **49917930700032**

Adresse du CFA responsable :

2 Rue de la Tuilerie

Complément : **Bat A**

Code postal : **31130**

Commune : **BALMA**

[] 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 : **73**

Intitulé précis :

TITRE CERTIFIE EMPIEO

Code du diplôme : **16X20004**

Code RNCP : **34337**

Organisation de la formation en CFA :

Date de début de formation en CFA:

28/09/2023

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

12/09/2025

Durée de la formation : **1190** heures

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

Dénomination du lieu de formation principal :

IN&MA

N° UAI : **0811332H**

N° SIRET : **84172358800023**

Adresse du lieu de formation principal :

6 avenue Hoche

Complément : **CCI Albi**

Code postal : **81000**

Commune : **ALBI**

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

Fait à

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 :

OPCO 2I

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