

(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa avant de remplir ce document)

**Mode contractuel de l'apprentissage I1I**

L'EMPLOYEUR	[X] employeur privé	[ ] employeur « public »*
<b>Nom et prénom ou dénomination :</b> <b>SAFRAN NACELLES</b>	<b>N°SIRET</b> de l'établissement d'exécution du contrat : <b>35205051200040</b>	
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : <b>33 Avenue Jean Monnet</b>	Type d'employeur : <b>12</b> Employeur spécifique : <b>0</b>	
Complément :	Code activité de l'entreprise (NAF) : <b>3030Z</b>	
Code postal : <b>31770</b>	Effectif total salariés de l'entreprise : <b>280</b>	
Commune : <b>COLOMIERS</b>	Code IDCC de la convention collective applicable : <b>1059</b>	
Téléphone : <b>06.71.24.58.31</b>		
Courriel : <b>stephanie.briand@safrangroup.com</b>		

\*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) : LAVAL**

**Nom d'usage : LAVAL**

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

NIR de l'apprenti(e) : **1021211069172**

Date de naissance : **24/12/2002**

**Adresse de l'apprenti(e) :**

Sexe : [X] M [ ] F

**6 rue de l'Eglise**

Département de naissance : **11**

Complément :

Commune de naissance :

**Code postal : 11270**

**CARCASSONNE** Nationalité : **1** Régime social : **2**

Commune : **FANJEAUX**

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

Téléphone : **06.31.76.62.46**

Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé : [ ] oui [X] non

Courriel :

Situation avant ce contrat : **7**

**max-laval@orange.fr**

Dernier diplôme ou titre préparé : **62**

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

Dernière classe / année suivie : **01**

Nom de naissance et prénom :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

**Adresse du représentant légal :**

**LICENCE**

Complément :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : **62**

Code postal :

Commune :

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

Courriel :

**LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE**

**Maître d'apprentissage n°1**

**Maître d'apprentissage n°2 :**

**Nom de naissance :**

**Nom de naissance :**

**EL ABDELLI**

**Prénom :**

**Prénom : Aziz**

Date de naissance :

Date de naissance : **01/02/1977**

NIR :

NIR : **1770299350205**

Courriel :

Courriel :

**aziz.el-abdelli@safrangroup.com**

Emploi occupé :

Emploi occupé :

**Responsable Amélioration Continue**

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

**BTS**

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

[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**

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

Date de conclusion : \_\_\_\_\_ Date de début d'exécution du contrat : \_\_\_\_\_ Date de début de formation pratique chez l'employeur : \_\_\_\_\_  
(Date de signature du présent contrat) **05/10/2023** **16/10/2023** **16/10/2023**

Si avenir, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : **12/09/2025**

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

### Rémunération

1<sup>re</sup> année, du **16/10/2023** au **31/12/2023** : **80 %** du **SMC** \* ; du **01/01/2024** au **15/10/2024** : **80 %** du **SMC** \*

2<sup>e</sup> année, du **16/10/2024** au **12/09/2025** : **80 %** du **SMC** \* ; du **/ /** au **/ /** : **%** du **/** \*

3<sup>e</sup> année, du **/ /** au **/ /** : **%** du **/** \* ; du **/ /** au **/ /** : **%** du **/** \*

4<sup>e</sup> année, du **/ /** au **/ /** : **%** du **/** \* ; du **/ /** au **/ /** : **%** du **/** \*

**Salaire brut mensuel à l'embauche :**

**1421,23 €**

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

### LA FORMATION

CFA d'entreprise :  oui  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**

Date de réception du dossier complet :

N° SIRET de l'organisme :

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*