

Mode contractuel de l'apprentissage 1 à durée limitée

L'EMPLOYEUR employeur privé employeur « public »*

Nom et prénom ou dénomination : POLE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE PARIS-EST Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : 188 GRANDE RUE CHARLES DE GAULLE Code postal : 94130 Commune : NOGENT-SUR-MARNE Téléphone : 0660477164 Courriel :	N° SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : 85033025900019 Type d'employeur : 15 Association Employeur spécifique : 0 Aucun de ces cas Code activité de l'entreprise (NAF) : 9499Z Effectif total salariés de l'entreprise : 0 Convention collective applicable : ACTIVITÉ INTERPROFESSIONNELLE - OPCO EP Code IDCC de la convention : 9999
---	--

*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) : LAHMI Prénom de l'apprenti(e) : ELISHEVA NIR de l'apprenti(e)* : 2020275119444 <i>*Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre L.6353-10 du code du travail</i> Adresse de l'apprenti(e) : 4 RUE BRUNEL Code postal : 93220 Commune : GAGNY Téléphone : 0622748553 Courriel : elish04epi@gmail.com Représentant légal (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé) Nom de naissance et prénom :	Date de naissance : 04/02/2002 Sexe : F Département de naissance : 75 PARIS Commune de naissance : PARIS Nationalité : 1 Française Régime social : 2 URSSAF Déclare être inscrit sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau : Non Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : Non Situation avant ce contrat : Etudiant Dernier diplôme ou titre préparé : 42 Baccalauréat général Dernière classe/année suivie : 01 l'apprenti a suivi la dernière année du cycle de formation et a obtenu le diplôme ou titre Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : licence llcer parcours hebreu Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 42 Baccalauréat général
--	---

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1 Nom de naissance : STROPIANO Prénom : EVELYNE Date de naissance : 1961-02-15	Maître d'apprentissage n°2 Nom de naissance : Prénom : Date de naissance :
---	--

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 Premier contrat d'apprentissage de l'apprenti.**

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)

30/08/2021

Date de début d'exécution du contrat :

06/09/2021

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : **05/09/2023**

Durée hebdomadaire du travail :
35.0 heures

Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : **Non**

Rémunération

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1 ^{re} année, du 06/09/2021 au 05/09/2022 : 43.0%	du SMIC* ; du	au	: %	du *
2 ^{ème} année, du 06/09/2022 au 28/02/2023 : 51.0%	du SMIC* ; du 01/03/2023	au 05/09/2023 : 61.0%		du SMIC*
3 ^{ème} année, du	au	:	%	du *
4 ^{ème} année, du	au	:	%	du *

Salaire brut mensuel à l'embauche :

668,49 €

Caisse de retraite complémentaire :

MALAKOFF HUMANIS

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : **0,00 € / repas** Logement : **0,00 € / mois** Autre : **0,00 €**

LA FORMATION

CFA d'entreprise : **Non**

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : **58 Autre diplôme ou titre de niveau bac+2**

Dénomination du CFA responsable :

OPENCLASSROOMS

Intitulé précis :

RESPONSABLE PROJET MARKETING COMMUNICATION

N° UAI du CFA : **0755908P**

Code du diplôme : **26X32011**

N° SIRET CFA : **49386136300072**

Code RNCP : **28763**

Adresse du CFA responsable :

10 QUAI DE CHARENTE

Organisation de la formation en CFA :

Date de début du cycle de formation :

06/09/2021

Code postal : **75019**

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

Commune : **Paris**

05/09/2023

Durée de la formation : **810.0 heures**

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 :

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