

**Mode contractuel de l'apprentissage 1 à durée limitée**

**L'EMPLOYEUR** ☒ **employeur privé** ☐ **employeur « public »\***

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

|                                                                                   |                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nom de naissance de l'apprenti(e) :</b> IFERGAN                                |                                                                                                                                    |
| <b>Prénom de l'apprenti(e) :</b> SARAH                                            |                                                                                                                                    |
| NIR de l'apprenti(e)* : 2021293045052                                             | Date de naissance : 11/12/2002                                                                                                     |
| *Pour les employeurs du secteur privé dans le cadre L.6353-10 du code du travail  | Sexe : F                                                                                                                           |
| <b>Adresse de l'apprenti(e) :</b><br>104 RUE SADI CARNOT                          | Département de naissance : 93 SEINE-SAINT-DENIS                                                                                    |
| Code postal : 93170                                                               | Commune de naissance :<br>LES LILAS                                                                                                |
| Commune : BAGNOLET                                                                | Nationalité : 1 Française Régime social : 2 URSSAF                                                                                 |
| Téléphone : 0783931407                                                            | Déclare être inscrit sur la liste des sportifs,<br>entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau :<br>Non                 |
| Courriel :<br>sarahifergan2002@gmail.com                                          | Déclare bénéficié de la reconnaissance travailleur<br>handicapé : Non                                                              |
| <b>Représentant légal</b> (à renseigner si l'apprenti est mineur<br>non émancipé) | Situation avant ce contrat : Etudiant                                                                                              |
| Nom de naissance et prénom :                                                      | Dernier diplôme ou titre préparé : 42 Baccalauréat<br>général                                                                      |
|                                                                                   | Dernière classe/année suivie : 01 l'apprenti a suivi la<br>dernière année du cycle de formation et a obtenu le<br>diplôme ou titre |
| <b>Adresse du représentant légal :</b>                                            | Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :<br>BACCALAUREAT GENERAL                                                      |
| Code postal :                                                                     | Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :<br>42 Baccalauréat général                                                                 |
| Commune :                                                                         |                                                                                                                                    |

**LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE**

|                                       |                                   |
|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Maître d'apprentissage n°1</b>     | <b>Maître d'apprentissage n°2</b> |
| <b>Nom de naissance :</b><br>REVELLAT | <b>Nom de naissance :</b>         |
| <b>Prénom :</b><br>EVELYNE            | <b>Prénom :</b>                   |
| Date de naissance : 1961-02-15        | 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)

**01/10/2021**

Date de début d'exécution du contrat :

**01/10/2021**

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : **31/08/2024**

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 <sup>re</sup> année, du <b>01/10/2021</b> au <b>30/09/2022</b> : <b>43.0%</b>  | du <b>SMIC*</b> ; du | au  | : %  | du * |
| 2 <sup>ème</sup> année, du <b>01/10/2022</b> au <b>30/09/2023</b> : <b>51.0%</b> | du <b>SMIC*</b> ; du | au  | : %  | du * |
| 3 <sup>ème</sup> année, du <b>01/10/2023</b> au <b>31/08/2024</b> : <b>67.0%</b> | du <b>SMIC*</b> ; du | au  | : %  | du * |
| 4 <sup>ème</sup> année, du                                                       | au                   | : % | du * | du * |

### Salaire brut mensuel à l'embauche :

**683,47 €**

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 : **69 Autre diplôme ou titre de niveau bac +3 ou 4**

Dénomination du CFA responsable :

**SYNERJ EMPLOI**

Intitulé précis :

**TITRE RNCP CHEF DE PROJETS E-BUSINESS**

N° UAI du CFA : **0755576D**

Code du diplôme : **26X32005**

N° SIRET CFA : **52115210800010**

Code RNCP : **34340**

### Adresse du CFA responsable :

**87 RUE D'AVRON**

### Organisation de la formation en CFA :

Date de début du cycle de formation :

**06/10/2021**

Code postal : **75020**

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

Commune : **PARIS**

**29/06/2024**

Durée de la formation : **1500.0** 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**