

**Mode contractuel de l'apprentissage I11**

L'EMPLOYEUR		<input checked="" type="checkbox"/> employeur privé	<input type="checkbox"/> employeur « public »*
<b>Nom et prénom ou dénomination :</b> <b>AGITEL TELECOM</b>		<b>N°SIRET</b> de l'établissement d'exécution du contrat : <b>78886898200034</b>	
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : <b>12 AV JEAN MOULIN</b>		Type d'employeur : <b>12</b> Employeur spécifique : <b>0</b>	
Complément : Code postal : <b>83000</b> Commune : <b>TOULON</b>		Code activité de l'entreprise (NAF) : <b>6190Z</b> Effectif total salariés de l'entreprise : <b>11</b>	
Téléphone : Courriel :		Code IDCC de la convention collective applicable : <b>2148</b>	
*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage : <input type="checkbox"/>			
L'APPRENTI(E)			
<b>Nom de naissance de l'apprenti(e) : AHMAD</b>			
<b>Nom d'usage : AHMAD</b>			
<b>Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil : Irsa</b>			
NIR de l'apprenti(e) : <b>2040899213023</b>		Date de naissance : <b>05/08/2004</b>	
<b>Adresse de l'apprenti(e) :</b> <b>8 Chemin Des Closeaux</b>		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F	
Complément : Code postal : <b>95150</b> Commune : <b>TAVERNY</b>		Département de naissance : <b>099</b> Commune de naissance : <b>PAKISTAN</b>	
Téléphone : <b>07.73.16.52.48</b> Courriel : <b>ahmad.irsa@hotmail.com</b>		Nationalité : <b>3</b> Régime social : <b>2</b> Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
<b>Représentant légal</b> ( <i>renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé</i> )		Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Nom de naissance et prénom :		Situation avant ce contrat : <b>7</b>	
<b>Adresse du représentant légal :</b>		Dernier diplôme ou titre préparé : <b>64</b> Dernière classe / année suivie : <b>11</b> Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : <b>BUT</b>	
Complément : Code postal : Commune : Courriel :		Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : <b>42</b> Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE			
<b>Maître d'apprentissage n°1</b>		<b>Maître d'apprentissage n°2 :</b>	
<b>Nom de naissance :</b> <b>VANHAEVERBEEK</b>		<b>Nom de naissance :</b>	
<b>Prénom : Charlotte</b> Date de naissance : <b>28/08/1988</b>		<b>Prénom :</b> Date de naissance :	
Courriel : <b>rh@financiere-v.fr</b>		Courriel :	
Emploi occupé : <b>Rh</b>		Emploi occupé :	

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

**Master indifférencié**

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : **7**

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 : **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

Date de début de formation pratique

(Date de signature du présent contrat)

contrat :

chez l'employeur :

**26/11/2024**

**01/12/2024**

**01/12/2024**

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période

Durée hebdomadaire du travail :

d'apprentissage : **04/09/2026**

**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<sup>re</sup> année, du **01/12/2024** au **31/08/2025** : **51** % du **SMIC** \* ; du **01/09/2025** au **30/11/2025** : **61** % du **SMIC** \*

2<sup>e</sup> année, du **01/12/2025** au **04/09/2026** : **78** % du **SMIC** \* ; 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 :**

Caisse de retraite complémentaire :

**918,92 €**

**AGIRC ARCCO**

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : \_\_\_\_, \_\_ € / repas

Logement : \_\_\_\_, \_\_ € / mois

Autre :

### LA FORMATION

CFA d'entreprise :  oui  non

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : **64**

Dénomination du CFA responsable :

Intitulé précis :

**SUPALIA**

**BUT2 Réseaux et Télécommunications**

N° UAI du CFA : **0941939X**

**Cybersécurité 2 ans VILLETANEUSE**

N° SIRET du CFA : **38767911100030**

Code du diplôme : **25132608**

**Adresse du CFA responsable :**

Code RNCP : **35455**

**4, avenue Eugène Renault**

**Organisation de la formation en CFA :**

Complément :

Date de début de formation en CFA:

Code postal : **94700**

**09/09/2024**

Commune : **MAISONS ALFORT**

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

**04/09/2026**

Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre

Durée de la formation : **1411 heures**

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

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)

Dénomination du lieu de formation principal :

**Site de Villetaneuse (IUT)**

N° UAI : **0931235M**

N° SIRET : **19931238000132**

**Adresse du lieu de formation principal :**

**99, avenue Jean-Baptiste Clément**

Complément :

Code postal : **93430**

Commune : **VILLETANEUSE**

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

Fait à **TOULON**

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 :

**OPCO EP - ILE-DE-FRANCE**

**34494543100072**

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***

**Sceau du tiers de confiance  
de signature électronique**

.....