

Mode contractuel de l'apprentissage I11

L'EMPLOYEUR		<input checked="" type="checkbox"/> employeur privé	<input type="checkbox"/> employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : ADMIRS		N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : 90319313400017	
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : 13 LOT LES AMANDIERS		Type d'employeur : 12	
Complément :		Employeur spécifique : 0	
Code postal : 84800		Code activité de l'entreprise (NAF) : 9511Z	
Commune : L'ISLE-SUR-LA-SORGUE		Effectif total salariés de l'entreprise : 3	
Téléphone :		Code IDCC de la convention collective applicable : 1539	
Courriel : shernandez@admirs.fr			
*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) : MOURIER			
Nom d'usage : MOURIER			
Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil : Antoine			
NIR de l'apprenti(e) : 1041142275099		Date de naissance : 12/11/2004	
Adresse de l'apprenti(e) : 407C AVENUE DE LA GARE		Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Complément :		Département de naissance : 42	
Code postal : 84440		Commune de naissance : SAINT PRIEST EN JAREZ	
Commune : ROBION		Nationalité : 1 Régime social : 2	
Téléphone :		Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Courriel : a.mourier910@gmail.com		Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Représentant légal (<i>renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé</i>)		Situation avant ce contrat : 4	
Nom de naissance et prénom :		Dernier diplôme ou titre préparé : 54	
Adresse du représentant légal :		Dernière classe / année suivie : 11	
Complément :		Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : BTS / BTSA	
Code postal :		Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 42	
Commune :		Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Courriel :			
LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE			
Maître d'apprentissage n°1		Maître d'apprentissage n°2 :	
Nom de naissance : ROMME		Nom de naissance :	
Prénom : Jean Bernard		Prénom :	
Date de naissance : 07/06/1971		Date de naissance :	
Courriel : jbromme@admirs.fr		Courriel :	
Emploi occupé : DIRECTEUR GENERAL		Emploi occupé :	
Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :		Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :	
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :		Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :	
<i>[X] L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.</i>			
LE CONTRAT			

Type de contrat ou d'avenant : **36**

Type de dérogation : ___ à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat

Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : **084202309142815**

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 :

12/11/2024

11/09/2023

11/09/2023

Si avenant, date d'effet : **12/11/2024**

Date de fin du contrat ou de la période

Durée hebdomadaire du travail :

d'apprentissage : **29/08/2025**

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^{re} année, du **11/09/2023** au **10/09/2024** : **43 %** du **SMIC** * ; du ___/___/___ au ___/___/___ : ___ % du ___ *

2^e année, du **11/09/2024** au **29/08/2025** : **51 %** du **SMIC** * ; 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 :

Caisse de retraite complémentaire :

751,31 €

AG2R

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

Logement : ____, __ € / mois

Autre :

LA FORMATION

CFA d'entreprise : oui non

Dénomination du CFA responsable :

CFA de la CCI

N° UAI du CFA : **0840709P**

N° SIRET du CFA : **18840001400018**

Adresse du CFA responsable :

CAMPUS

Complément : **ALLÉE DES FENAISSONS**

Code postal : **84000**

Commune : **AVIGNON**

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

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : **54**

Intitulé précis :

"BTS Service Informatique aux Organisations - Spécialité ""Solutions d'Infrastructure, Systèmes et Réseaux"""

Code du diplôme : **32032613**

Code RNCP : **35340**

Organisation de la formation en CFA :

Date de début de formation en CFA:

12/11/2024

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

11/07/2025

Durée de la formation : **427 heures**

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)

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

Dénomination du lieu de formation principal :

ACADEMIE VAUCLUSE PROVENCE INDUSTRIE

N° UAI : **0841037W**

N° SIRET : **18840001400174**

Adresse du lieu de formation principal :

60, CHEMIN DE FONTANILLE

Complément : **CS 80194 CAMPUS AGROPARC**

Code postal : **84918**

Commune : **AVIGNON CEDEX 9**

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

Fait à **L'ISLE SUR LA SORGUE**

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 :

L'OPCOMMERCE

39852224300144

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**

.....