

**Mode contractuel de l'apprentissage I11**

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

<b>Nom et prénom ou dénomination :</b> <b>MM COIFF</b>	<b>N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :</b> <b>48897403100012</b>
<b>Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :</b> <b>20 PLACE EMILE BERLAN</b>	<b>Type d'employeur : 11</b> <b>Employeur spécifique : 0</b>
<b>Complément :</b>	<b>Code activité de l'entreprise (NAF) : 9602A</b>
<b>Code postal : 97232</b>	<b>Effectif total salariés de l'entreprise :</b> <b>2</b>
<b>Commune : LE LAMENTIN</b>	<b>Code IDCC de la convention collective applicable :</b> <b>2596</b>
<b>Téléphone : 06 96 20 54 60</b>	
<b>Courriel :</b>	

\*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> ALIKER	
<b>Nom d'usage :</b> ALIKER	
<b>Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil :</b> Medy	
<b>NIR de l'apprenti(e) :</b> 1031197213891	<b>Date de naissance :</b> 23/11/2003
<b>Adresse de l'apprenti(e) :</b> <b>ROCHES CARREES</b>	<b>Sexe :</b> <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Complément :</b> 161 CHEMIN GABIN	<b>Département de naissance :</b> 972
<b>Code postal :</b> 97232	<b>Commune de naissance :</b> <b>LE LAMENTIN</b>
<b>Commune :</b> LE LAMENTIN	<b>Nationalité :</b> 1 <b>Régime social :</b> 2
<b>Téléphone :</b> 06 96 74 73 13	<b>Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau :</b> <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
<b>Courriel :</b> <b>alikermedy97232@gmail.com</b>	<b>Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé :</b> <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
<b>Représentant légal (renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)</b>	<b>Situation avant ce contrat :</b> 4
<b>Nom de naissance et prénom :</b>	<b>Dernier diplôme ou titre préparé :</b> 49
<b>Adresse du représentant légal :</b>	<b>Dernière classe / année suivie :</b> 31
	<b>Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :</b> <b>Brevet professionnel</b>
<b>Complément :</b>	<b>Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :</b> 33
<b>Code postal :</b>	
<b>Commune :</b>	
<b>Courriel :</b>	<b>Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise :</b> <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>MONTLOUIS FELICITE</b>	<b>Nom de naissance :</b> <b>BERGOZ</b>
<b>Prénom :</b> Ludovic	<b>Prénom :</b> David
<b>Date de naissance :</b> 05/05/1990	<b>Date de naissance :</b> 20/03/1989
<b>NIR :</b>	<b>NIR :</b>
<b>Courriel :</b>	<b>Courriel :</b>
<b>Emploi occupé :</b> <b>COIFFEUR</b>	<b>Emploi occupé :</b> <b>COIFFEUR</b>
<b>Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :</b>	<b>Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :</b> <b>CAP</b>
<b>Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :</b>	<b>Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :</b> 3

L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité

**LE CONTRAT**Type de contrat ou d'avenant : **22**

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

Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : **972202112071823**

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 :

**12/10/2023****12/10/2023****12/10/2023**

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période

Durée hebdomadaire du travail :

d'apprentissage : **30/07/2024****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 **12/10/2023** au **30/07/2024** : **77 %** du SMIC \* : du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : \_\_\_ % du \_\_\_ \*2<sup>e</sup> année, du \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ au \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ : \_\_\_ % du \_\_\_ \* : 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 :

**1345,34 €****IRCOM**

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

Logement : \_\_\_ € / mois

Autre : **LA FORMATION**CFA d'entreprise :  oui  nonDiplôme ou titre visé par l'apprenti : **49**

Dénomination du CFA responsable :

Intitulé précis :

**CFA CHAMBRE DE METIERS MARTINIQUE****BP COIFFURE**N° UAI du CFA : **9720490A**Code du diplôme : **45033608**N° SIRET du CFA : **18972001400035**Code RNCP : **12281**

Adresse du CFA responsable :

Organisation de la formation en CFA :

**Quartier Laugier**

Date de début de formation en CFA :

Complément :

**12/10/2023**Code postal : **97215**

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

Commune : **RIVIERE SALEE****30/06/2024**Durée de la formation : **420 heures** Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre

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

Dénomination du lieu de formation principal :

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)

N° UAI :

N° SIRET :

Adresse du lieu de formation principal :

Complément :

Code postal :

Commune :

 L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contratFait à **LE LAMENTIN**

Signature du représentant légal de l'apprenti(e) mineur(e)

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(e)

**CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME EN CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT**

Nom de l'organisme :

N° SIRET de l'organisme :

**OPCO EP**

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