

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 et signature du présent contrat)
19/02/2024Date de début d'exécution du contrat
19/02/2024Date de début de formation pratique chez l'employeur :
19/02/2024Si avenant, date d'effet :
_____Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage :
19/08/2025Durée hebdomadaire du travail :
00 heures 00 minutesTravail sur machine dangereuses ou exposition à des risques particuliers : ☐ Oui ☒ Non**Rémunération**

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1re année, du 19 02 24 au 31 12 24 : 90% du SMIC ;

du _____ au _____ : _____% du SMIC

2e année, du 01 01 25 au 19 08 25 : 90% du SMIC ;

du _____ au _____ : _____% du SMIC

3e année, du _____ au _____ : _____% du SMIC ;

du _____ au _____ : _____% du SMIC

4e année, du _____ au _____ : _____% du SMIC ;

du _____ au _____ : _____% du SMIC

Salaire brut mensuel à l'embauche :
1590,72€**Caisse de retraite complémentaire** AG2R

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

Logement : _____ €/mois

Autres : _____

LA FORMATIONCFA d'entreprise : ☐ Oui ☒ Non

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 49

Dénomination du CFA responsable :
AFPPCD-IDFIntitulé précis :
TITRE ASSISTANT DENTAIRE

N° UAI du CFA : 0756095T

Code du diplôme : 46X33101

Code RNCP : 38144

N° SIRET du CFA : 38380780700037

Organisation de la formation en CFA :**Adresse du CFA responsable :**

Date de début du cycle de formation : 12/03/2024

Adresse : N° 11 rue des Petites Écuries Voie :

Complément :

Date de fin prévue de fin des épreuves ou examens :
19/08/2025

Code postal : 75010

Commune : PARIS

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

Durée de la formation : 683

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 Paris le 15/02/2024

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(e)

Signature du représentant légal de
l'apprenti(e) mineur(e)**CADRE RÉSERVÉ A 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

Contrat d'apprentissage

(art. L. 6211-1 et suivants du Code du travail)
Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa n°51649#04 avant de remplir ce document

Mode contractuel de l'apprentissage

L'EMPLOYEUR		☐ employeur privé	☐ employeur "public"*
Nom et prénom ou dénomination : SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE		N° SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : 84788263600016	
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : N°: Voie : 78 bd Nireille Lauze		Type d'employeur : 16	
Complément :		Employeur spécifique : 0	
Code postal : 13010		Code activité de l'entreprise (NAF) : 8623Z	
Commune : MARSEILLE		Effectif salarié de l'entreprise : 7	
Téléphone : 0491798582		Convention collective appliquée : CABINETS DENTAIRES	
Courriel : gestion.centrecapelette@gmail.com		Code IDCC : 1619	
* 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) :			
Nom d'usage : FIORANI			
Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil : OCEANNE			
NIR de l'apprenti(e) : 201121315585606		Date de naissance : 26/12/2001	
Adresse de l'apprenti(e) :		Sexe : ☐ M ☒ F	
N°: Voie : 56 allée de la grande bastide basse		Département de naissance : 13	
Complément :		Commune de naissance : MARSEILLE	
Code postal : 13012			
Commune : MARSEILLE		Nationalité : Français (1) Régime social : 2	
Téléphone : 0624699531		Déclare être inscrit sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau :	
Courriel : florani.oceanne@gmail.com		☐ Oui ☒ Non	
Représentant légal (renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)		Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé :	
Nom de naissance et prénom :		☐ Oui ☐ Non	
Adresse du représentant légal :		Situation avant ce contrat :	
N°: ... Voie:		Dernier diplôme ou titre préparé :	
Complément :		Dernière classe / année suivie :	
Code postal :		Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :	
Commune :		Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : BAC PRO	
		Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise :	
		☐ Oui ☒ Non	

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1	Maître d'apprentissage n°2
Nom de naissance : DURAND	Nom de naissance :
Prénom : Sophie	Prénom :
Date de naissance : 13/06/1980	Date de naissance : _____
NIR : 280061305547007	NIR :
Courriel : docteurdurand@hotmail.fr	Courriel :
Emploi occupé : chirurgien dentiste	Emploi occupé :
Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : chirurgien dentiste	Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : Doctorat	Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :
☒ L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction	