

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°: 78 Voie : BOULEVARD MIREILLE LAUZE		Type d'employeur : Employeur spécifique : 0	
Complément : Code postal : 13010		Code activité de l'entreprise (NAF) : 8623Z	
Commune : MARSEILLE		Effectif total salariés de l'entreprise : 6	
Téléphone : 0491798582			
Courriel : LECENTREDENTAIRE@GMAIL.COM		Code IDCC de la convention collective applicable : AUTRE	
* 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) : LUTTWILLER		Date de naissance : 27/06/1996	
Nom d'usage : LUTTWILLER		Sexe : ☐ M ☒ F	
Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil : GILDA		Département de naissance : 13	
NIR de l'apprenti(e) : 296061300511610		Commune de naissance : AUBAGNE	
Adresse de l'apprenti(e) : N°: 14 Voie: BOULEVARD DES MOULINS		Nationalité : 1 Régime social : 2	
Complément : Code postal : 13620		Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau : ☐ Oui ☒ Non	
Commune : CARRY-LE-ROUET		Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : ☐ Oui ☒ Non	
Téléphone : 0609539351		Situation avant ce contrat : Dernier diplôme ou titre préparé :	
Courriel : gilca.luttwiller.b@gmail.com		Dernière classe / année suivie : Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :	
Représentant légal (renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé) Nom de naissance et prénom :		BAC TECHNOLOGIQUE : Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :	
Adresse du représentant légal : N°: ... Voie: Complément : Code postal : Commune : Courriel :		Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : ☐ Oui ☒ Non	
LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE			
Maître d'apprentissage n°1 Nom de naissance : DURAND Prénom : Sophie Date de naissance : 13/06/80 Courriel : docteurdurand@hotmail.fr Emploi occupé : chirurgien dentiste Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : Doctrien chirpue dentaire Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : BAC + 6		Maître d'apprentissage n°2 Nom de naissance : Prénom : Date de naissance : _____ NIR : Courriel : Emploi occupé : Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 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			

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)

23/07/2024

Date de début d'exécution du contrat

23/07/2024

Date de début de formation pratique chez l'employeur :

23/07/2024

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage :

23/01/2026

Durée hebdomadaire du travail :

00 heures 00 minutes

Travail sur machine dangereuses ou exposition à des risques particuliers :



Oui



Non

Rémunération

1re année, du 23/07/24 au 31/12/24 : 100% du SMIC ;

2e année, du 01/01/25 au 31/12/25 : 100% du SMIC ;

3e année, du 01/01/26 au 23/01/26 : 100% du SMIC ;

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

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

du ____ au ____ : ____% du SMIC

du ____ au ____ : ____% du SMIC

du ____ au ____ : ____% du SMIC

du ____ au ____ : ____% du SMIC

Salaire brut mensuel à l'embauche :

1766,82 €

Caisse de retraite complémentaire

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

Logement : ____ €/mois

Autres : ____

LA FORMATION

CFA d'entreprise :



Oui



Non

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 49

Dénomination du CFA responsable :

AFPPCD-IDF

Intitulé 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 :

Adresse : N° 11 rue des Petites Écuries Voie :

Complément :

Code postal : 75010

Commune : PARIS

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

Date de début de formation en CFA : 03/09/2024

Date prévue de fin des épreuves ou examens : 23/01/2026

Durée de la formation : 683 heures

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

Dénomination du lieu de formation principal :

N° UAI

N° SIRET

Adresse du lieu de formation principal

N° : ... Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

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 20/06/2024

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