

Mode contractuel de l'apprentissage

L'EMPLOYEUR

☒ employeur privé

☐ employeur "public"

Nom et prénom ou dénomination :

SELAS CABINET DENTAIRE CAPELETTE

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N°: 78 Voie : BOULEVARD MIREILLE LAUZE

Complément :

Code postal : 13010

Commune : MARSEILLE

Téléphone : 0491798582

Courriel : LECENTREDENTAIRE@GMAIL.COM

N° SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :

84788263600016

Type d'employeur :

Employeur spécifique : 0

Code activité de l'entreprise (NAF) : 8623Z

Effectif total salariés de l'entreprise : 6

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) :

Nom d'usage : LUTTWILLER

Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil : GILDA

NIR de l'apprenti(e) : 296061300511610

Adresse de l'apprenti(e) :

N°: 14 Voie: BOULEVARD DES MOULINS

Complément :

Code postal : 13620

Commune : CARRY-LE-ROUET

Téléphone : 0609539351

Courriel : gilca.luttwiller.b@gmail.com

Date de naissance : 27/06/1996

Sexe : ☐ M ☒ F

Département de naissance : 13

Commune de naissance : AUBAGNE

Nationalité : 1 Régime social : 2

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau :

☐ Oui ☒ Non

Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé :

☐ Oui ☒ Non

Situation avant ce contrat :

Dernier diplôme ou titre préparé :

Dernière classe / année suivie :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

BAC TECHNOLOGIQUE :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

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 : Docteur en chirurgie 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	* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)	
1re année, du 23/07/24 au 22/07/25 100% du SMIC ;	du ____ au ____ : ____% du SMIC	
2e année, du 23/07/25 au 23/01/26 100% du SMIC ;	du ____ au ____ : ____% du SMIC	
3e année, du ____ au ____ : 100% du SMIC ;	du ____ au ____ : ____% du SMIC	
4e année, 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
N° SIRET du CFA : 38380780700037	Code RNCP : 38144
	Organisation de la formation en CFA :
Adresse du CFA responsable : Adresse : N° 11 rue des Petites Écuries Voie : Complément : Code postal : 75010 Commune : PARIS	Date de début de formation en CFA : 03/09/2024
☒ Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre	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 À 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