

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 :		Type d'employeur :	
N°: Voie :		Employeur spécifique : 0	
Complément :		Code activité de l'entreprise (NAF) : 8623Z	
Code postal : 13010		Effectif salarié de l'entreprise : 6	
Commune : MARSEILLE		Convention collective appliquée : AUTRE	
Téléphone : 0491798582		Code IDCC : AUTRE	
Courriel : LECENTREDENTAIRE@GMAIL.COM			
* 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) :		Date de naissance : 03/11/2003	
Nom d'usage : HUGUES		Sexe : ☐ M ☒ F	
Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil : VICIANA		Département de naissance : 13	
NIR de l'apprenti(e) : 203111300502186		Commune de naissance : AUBAGNE	
Adresse de l'apprenti(e) :		Nationalité : Français (1) Régime social : 2	
N°: Voie:		Déclare être inscrit sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau :	
Complément : BATIMENT 0		☐ Oui ☒ Non	
Code postal : 13400		Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé :	
Commune : AUBAGNE		☐ Oui ☒ Non	
Téléphone : 0664464443		Situation avant ce contrat : <i>animatrice péri-scolaire</i>	
Courriel : viciananahugues19@gmail.com		Dernier diplôme ou titre préparé : BAC ST2S	
Représentant légal (renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)		Dernière classe / année suivie : Terminale	
Nom de naissance et prénom :		Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :	
Adresse du représentant légal :		<i>BAC Technologique Sciences de la santé et du social</i>	
N°: ... Voie:		Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : BAC TECHNOLOGIQUE	
Complément :		Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise :	
Code postal :		☐ Oui ☒ Non	
Commune :			

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 : Doctorat	Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : BAC +6	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)

08/01/2024

Date de début d'exécution du contrat

08/01/2024

Date de début de formation pratique chez l'employeur :

08/01/2024

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage :
08/07/2025

Durée hebdomadaire du travail : 28h00
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 08/01/24 au 07/01/25 : 90 % du SMIC ;

du ___ au ___ : ___ % du SMIC

2e année, du 08/01/25 au 07/01/26 : 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 :

1766,92 €

Caisse de retraite complémentaire : AG2R

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 du cycle de formation : 16/01/2024

Date de fin prévue de fin des épreuves ou examens :
08/07/2025

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 09/01/2024

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