

Mode contractuel de l'apprentissage I1

L'EMPLOYEUR	
☒ employeur privé	☐ employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : Korian Les Lierres	N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : 48807252100021
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :	Type d'employeur : 12 Employeur spécifique : 0
Complément :	Code activité de l'entreprise (NAF) : 8710A
Code postal :	Effectif total salariés de l'entreprise : 61
Commune :	Code IDCC de la convention collective applicable : 2264
Téléphone :	
Courriel :	

*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) : NKOSI MAFUTA	
Nom d'usage : NKOSI MAFUTA	
Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil : Patricia Christina	
NIR de l'apprenti(e) : 2010499324068	Date de naissance : 14/04/2001
Adresse de l'apprenti(e) : 7 RUE LOUIS XAVIER DE RICARD	Sexe : ☐ M ☒ F
Complément :	Département de naissance : 099
Code postal : 94120	Commune de naissance : KINSHASA
Commune : FONTENAY SOUS BOIS	Nationalité : 3 Régime social : 2
Téléphone : 07.49.92.65.04	Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau : ☐ oui ☒ non
Courriel : m.nkosi.patricia14@gmail.com	Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : ☐ oui ☒ non
Représentant légal (renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)	Situation avant ce contrat : 11
Nom de naissance et prénom :	Dernier diplôme ou titre préparé : 33
Adresse du représentant légal :	Dernière classe / année suivie : 01
Complément :	Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : CAP / CAPA
Code postal :	Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 33
Commune :	Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : ☐ oui ☒ non
Courriel :	

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE	
Maître d'apprentissage n°1	Maître d'apprentissage n°2 :
Nom de naissance : AUGUSTE	Nom de naissance :
Prénom : Marie Mercedes	Prénom :
Date de naissance : 21/02/1972	Date de naissance :
NIR : 2720299410101	NIR :
Courriel :	Courriel :
deborah.collard@korian.fr	
Emploi occupé : Aide Soignante	Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Autres diplômes de niveau 4

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : **4**

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

[X] 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 de début d'exécution du

Date de début de formation pratique

(Date de signature du présent contrat)

contrat :

chez l'employeur :

24/07/2023

31/08/2023

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période

Durée hebdomadaire du travail :

d'apprentissage : **31/01/2025**

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^{re} année, du **31/08/2023** au **30/08/2024** : **58 %** du **SMIC** * ; du ___/___/___ au ___/___/___ : ___ % du ___ *

2^e année, du **31/08/2024** au **31/01/2025** : **66 %** du **SMIC** * ; du ___/___/___ au ___/___/___ : ___ % du ___ *

3^e année, du ___/___/___ au ___/___/___ : ___ % du ___ * ; du ___/___/___ au ___/___/___ : ___ % du ___ *

4^e année, du ___/___/___ au ___/___/___ : ___ % du ___ * ; du ___/___/___ au ___/___/___ : ___ % du ___ *

Salaire brut mensuel à l'embauche :

Caisse de retraite complémentaire :

1013,38 €

Malakoff Mederic

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

Logement : ___,__ € / mois

Autre : ☐

LA FORMATION

CFA d'entreprise : ☒ oui ☐ non

Dénomination du CFA responsable :

KORIAN ACADEMY

N° UAI du CFA : **0261554Y**

N° SIRET du CFA : **44301104400049**

Adresse du CFA responsable :

CFA des Métiers du soin

Complément : **Allée des Etudes**

Code postal : **26700**

Commune : **PIERRELATTE**

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

Visa du CFA (cachet et signature du directeur)

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : **49**

Intitulé précis :

DIPLÔME D'ETAT D'AIDE SOIGNANT

Code du diplôme : **46033104**

Code RNCP : **35830**

Organisation de la formation en CFA :

Date de début de formation en CFA:

31/08/2023

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

10/01/2025

Durée de la formation : **1540** heures

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

Dénomination du lieu de formation principal :

INSTITUT SUPERIEUR CLORIVIERE

N° UAI : **0751883P**

N° SIRET : **41968472500023**

Adresse du lieu de formation principal :

119 BOULEVARD DIDEROT

Complément :

Code postal : **75012**

Commune : **PARIS 12**

[X] L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat

Fait à **LE PERREUX SUR MARNE**

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 :

OPCO SANTE

85403311500015

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