

## Contrat d'apprentissage

(art. L6211-1 et suivants du code du travail)



N° 10103\*14

(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa avant de remplir ce document)

### Mode contractuel de l'apprentissage 1

| L'EMPLOYEUR                                                                                      | X employeur privé | employeur « public »*                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nom et prénom ou dénomination :</b><br>CARREFOUR CONTACT ANDOUILLE SARL PLOGEDIS              |                   | <b>N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :</b><br>5 3 1 7 6 2 9 5 3 0 0 3 6 |
| <b>Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :</b><br>N° : 1 Voie : RUE FRÉDÉRIC CHAPLET |                   | <b>Type d'employeur :</b> 1 2                                                           |
| <b>Complément :</b>                                                                              |                   | <b>Employeur spécifique :</b> 0                                                         |
| <b>Code postal :</b> 5 3 2 4 0                                                                   |                   | <b>Code activité de l'entreprise (APE) :</b> 4 7 1 1 D                                  |
| <b>Commune :</b> ANDOUILLE                                                                       |                   | <b>Effectif total salariés de l'entreprise :</b><br>1 0                                 |
| <b>Téléphone :</b> 0 2 4 3 6 9 7 6 1 9                                                           |                   | <b>Code IDCC de la convention collective applicable :</b><br>1 5 0 5                    |
| <b>Courriel :</b> GERALDINE_BOUTELOUP_1@FRANCHISE.CARREFOUR.COM                                  |                   |                                                                                         |

\*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage :

### L'APPRENTI(E)

|                                                                                |                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nom de naissance de l'apprenti(e) :</b> BLANCHARD-RENARD                    |                                                                                                |
| <b>Nom d'usage :</b>                                                           |                                                                                                |
| <b>Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil :</b> THÉO            |                                                                                                |
| <b>NIR de l'apprenti(e) :</b><br>1 0 8 0 7 5 3 1 3 0 3 1 2                     | <b>Date de naissance :</b> 1 2 0 7 2 0 0 8                                                     |
| <b>Adresse de l'apprenti(e) :</b><br>N° : Voie : LA RANGÉE                     | <b>Sexe :</b> X M F                                                                            |
| <b>Complément :</b>                                                            | <b>Département de naissance :</b> 5 3                                                          |
| <b>Code postal :</b> 5 3 2 4 0                                                 | <b>Commune de naissance :</b> LAVAL                                                            |
| <b>Commune :</b> ANDOUILLE                                                     | <b>Nationalité :</b> 1 <b>Régime social :</b> 2                                                |
| <b>Téléphone :</b> 0 7 8 8 4 7 5 0 8 0                                         | <b>Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau :</b><br>Oui X Non            |
| <b>Courriel :</b> TBLANCHARDRENARD@GMAIL.COM                                   | <b>Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé :</b> Oui X Non               |
| <b>Représentant légal (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)</b> | <b>Si non, bénéficiez-vous de droits attachés à la RQTH** :</b>                                |
| <b>Nom de naissance et prénom :</b><br>BLANCHARD-RENARD FRÉDÉRIC               | <b>Equivalence jeunes :</b> Oui X Non                                                          |
| <b>Adresse du représentant légal :</b><br>N° : Voie : LA RANGÉE                | <b>Extension BOE :</b> Oui X Non                                                               |
| <b>Complément :</b>                                                            | <b>Situation avant ce contrat :</b> 1                                                          |
| <b>Code postal :</b> 5 3 2 4 0                                                 | <b>Dernier diplôme ou titre préparé :</b> 5 4                                                  |
| <b>Commune :</b> ANDOUILLE                                                     | <b>Dernière classe / année suivie :</b> 1 1                                                    |
| <b>Courriel :</b> LUCIEBLANCHARD@ORANGE.FR                                     | <b>Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :</b><br>BREVET DE TECHNICIEN SUPÉRIEUR |
|                                                                                | <b>Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :</b> 5 4                                             |
|                                                                                | <b>Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise :</b> Oui X Non              |

\*\* Reportez-vous à la page 4 de la notice pour en savoir plus sur les droits attachés à la RQTH

### LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

| Maître d'apprentissage n°1                                      | Maître d'apprentissage n°2                                      |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <b>Nom de naissance :</b> BOUTELOUP-LAVOUE                      | <b>Nom de naissance :</b> BONNEAU                               |
| <b>Prénom :</b> GÉRALDINE                                       | <b>Prénom :</b> TIPHAINE                                        |
| <b>Date de naissance :</b> 1 9 1 0 1 9 8 4                      | <b>Date de naissance :</b> 0 9 0 8 1 9 9 4                      |
| <b>Courriel :</b> GERALDINE_BOUTELOUP_1@FRANCHISE.CARREFOUR.COM | <b>Courriel :</b> GERALDINE_BOUTELOUP_1@FRANCHISE.CARREFOUR.COM |
| <b>Emploi occupé :</b> GERANTE                                  | <b>Emploi occupé :</b> RESPONSABLE                              |
| <b>Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :</b>                  | <b>Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :</b>                  |
| <b>Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :</b> 5      | <b>Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :</b> 4      |

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 : 1 1 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 signatures du présent contrat) 2 5 0 8 2 0 2 5 Date de début d'exécution du contrat : 0 1 0 9 2 0 2 5 Date de début de formation pratique chez l'employeur : 1 5 0 9 2 0 2 5

Si avenant, date d'effet : Durée hebdomadaire du travail : 3 1 0 7 2 0 2 6 3 5 heures 0 0 minutes

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 3 1 0 7 2 0 2 6 3 5 heures 0 0 minutes

Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : Oui X Non

**Rémunération** \* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1<sup>re</sup> année, du 0 1 0 9 2 0 2 5 au 1 2 0 7 2 0 2 6 : 5 5 % du SMIC \* ; du 1 3 0 7 2 0 2 6 au 3 1 0 7 2 0 2 6 : 6 7 % du SMIC \*

2<sup>ème</sup> année, du au : % du \* ; du au : % du \*

3<sup>ème</sup> année, du au : % du \* ; du au : % du \*

4<sup>ème</sup> année, du au : % du \* ; du au : % du \*

**Salaire brut mensuel à l'embauche :** 9 9 0 , 9 9 € Caisse de retraite complémentaire : AG2R

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : € / repas Logement : € / mois Autre : 0

## LA FORMATION

CFA d'entreprise : Oui X Non Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 4 1

Dénomination du CFA responsable : MFR ST-BERTHEVIN - CFA Intitulé précis : BAC PRO AG TEC CONS VTE ALIMENTATION (PAB)

N° UAI du CFA : 0 5 3 0 8 2 8 M Code du diplôme : 4 0 3 2 2 1 0 8

N° SIRET CFA : 7 8 6 2 7 0 5 8 7 0 0 0 1 1 Code RNCP : 3 5 1 8 5

**Adresse du CFA responsable :**

N° : Voie : RUE JEAN COTTEREAU

Complément : Organisation de la formation en CFA :

Code postal : 5 3 9 4 0 Date de début de formation en CFA : 0 1 0 9 2 0 2 5

Commune : SAINT-BERTHEVIN Date prévue de fin des épreuves ou examens : 3 0 0 6 2 0 2 6

X Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre Durée de la formation : 6 7 5 heures

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) : Dont 0 heures de formation à distance

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 :

MFR SAINT-BERTHEVIN - CFA  
Rue Jean Cottereau  
53940 SAINT-BERTHEVIN  
tél : 02.43.69.25.53  
mfr.st-berthevin@mfr-asso.fr

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

Fait à : ANDOUILLE

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(e)

Signature du représentant légal de l'apprenti(e) mineur(e)

**CARREFOUR CONTACT**  
SARL PLOGEDIS  
1 Rue Frédéric Chaplet  
53200 ANDOUILLE  
Tél : 02 43 69 76 19  
SIREN 531 782 953  
BOS Laval

*Blanchard*

*Blanchard*

## 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 :