

**Mode contractuel de l'apprentissage I1I**

**L'EMPLOYEUR**

employeur privé

employeur « public »\*

**Nom et prénom ou dénomination :**

**CABINET GUYOT VINIANE**

**Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :**

**53 AVENUE D ANGOULEME**

Complément :

Code postal : **16100**

Commune : **CHATEAUBERNARD**

Téléphone : **05.45.81.20.63**

Courriel : **cognac@gan.fr**

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

**88125799200019**

Type d'employeur : **12**

Employeur spécifique : **0**

Code activité de l'entreprise (APE) : **6622Z**

Effectif total salariés de l'entreprise :

**4**

Code IDCC de la convention collective applicable :  
**2335**

\*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) : CROIZARD**

**Nom d'usage : CROIZARD**

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

NIR de l'apprenti(e) :

**2070816166309**

**Adresse de l'apprenti(e) :**

**9 RES DES OISEAUX**

Complément : **LA PRISE**

Code postal : **16140**

Commune : **AIGRE**

Téléphone : **06.20.50.48.63**

Courriel : **evacroizard@gmail.com**

Date de naissance : **24/08/2007**

Sexe :  M  F

Département de naissance : **16**

Commune de naissance : **L ISLE D ESPAGNAC**

Nationalité : **1** Régime social : **2**

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

oui  non

Déclare bénéficiarier de la reconnaissance travailleur

handicapé :  oui  non

Si non, bénéficiez-vous de droits attachés à la RQTH\*\* :

Equivalence jeunes :  oui  non

Extension BOE :  oui  non

Situation avant ce contrat : **1**

Dernier diplôme ou titre préparé : **41**

Dernière classe / année suivie : **01**

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

**BAC PRO - BT - BP**

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : **41**

Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise :  oui  non

**Représentant légal** (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)

Nom de naissance et prénom :

**CROIZARD Céline**

**Adresse du représentant légal :**

**9 RES DES OISEAUX**

Complément :

Code postal : **16140**

Commune : **AIGRE**

Courriel : **croizardceline@gmail.com**

\*\*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**

**Nom de naissance : GUYOT**

**Prénom : Antoine**

Date de naissance : **19/05/1971**

Courriel : **antoine.guyot@gan.fr**

Emploi occupé : **agent assurances**

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

**Autres diplômes de niveau III**

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : **5**

**Maître d'apprentissage n°2 :**

**Nom de naissance : VINIANE**

**Prénom : Thierry**

Date de naissance : **20/05/1970**

Courriel : **thierry.viniane@gan.fr**

Emploi occupé : **agent assurances**

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

**Autres diplômes de niveau III**

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : **5**

[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 chez  
(Date de signature du présent contrat) contrat : l'employeur :  
**11/08/2025** **18/08/2025** **18/08/2025**  
Si avenant, date d'effet : Durée hebdomadaire du travail :  
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : **31/07/2027** **35 heures 00 minutes**

Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers :  oui  non

### Rémunération

1<sup>ère</sup> année, du **18/08/2025** au **31/08/2025** : **27 %** du **SMIC** \* ; du **01/09/2025** au **17/08/2026** : **43 %** du **SMIC** \*  
2<sup>ème</sup> année, du **18/08/2026** au **31/07/2027** : **51 %** du **SMIC** \* ; 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 :** **486,49 €** Caisse de retraite complémentaire :  
**MALAKOFF HUMANIS**

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

## LA FORMATION

CFA d'entreprise :  oui  non  
Dénomination du CFA responsable :  
**CCI CHARENTE FORMATION ANG**  
N° UAI du CFA : **0160757L**  
N° SIRET du CFA : **13002245200036**

Adresse du CFA responsable :  
**BD SALVADOR ALLENDE**  
Complément : **ZI N°3**  
Code postal : **16340**  
Commune : **L'ISLE D'ESPAGNAC**  
 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 : **54**  
Intitulé précis :  
**BTS NÉGOCIATION ET DIGITALISATION DE LA RELATION CLIENT**  
Code du diplôme : **32031212**  
Code RNCP : **38368**

**Organisation de la formation en CFA :**  
Date de début de formation en CFA:  
**25/08/2025**  
Date prévue de fin des épreuves ou examens :  
**10/07/2027**  
Durée de la formation : **1350** heures  
Dont 160 heure 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 :**

Complément :  
Code postal :  
Commune :

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

Fait à **CHATEAUBERNARD**

**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 :** **ATLAS** **N° SIRET de l'organisme :** **85129663200017**  
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 les traitements des données, reportez-vous à la notice*

Sceau du tiers de confiance  
de signature électronique

.....