

**Mode contractuel de l'apprentissage 2**

**L'EMPLOYEUR**

☒ employeur privé

☐ employeur « public »\*

**Nom et prénom ou dénomination :**

LGX CAMPUS

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : 17 Voie : boulevard carnot

Complément :

Code postal : 03200

Commune : VICHY

Téléphone : 0463884133

Courriel : campus@lgx-france.fr

@

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

97767542000029

Type d'employeur : 12

Employeur spécifique : 0

Code activité de l'entreprise (NAF) : 8559A

Effectif total salariés de l'entreprise :

10

Code IDCC de la convention collective applicable :

1516

\*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) :** FAVROT

**Nom d'usage :** LOUESDON FAVROT

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

NIR de l'apprenti(e) : 2990189024356

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

N° 14 Voie : Grande Rue

Complément : Neuilly

Code postal : 89113

Commune : VALRAVILLON

Téléphone : 0678488785

Courriel : ludivine@lgx-france.fr

@

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

Nom de naissance et prénom :

**Adresse du représentant légal :**

N° Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

Courriel :

@

Date de naissance : 22/01/1999

Sexe : ☐ M ☒ F

Département de naissance : 89

Commune de naissance :

AUXERRE

Nationalité : 1 Régime social : 2

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau : ☐ oui ☒ non

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : ☐ oui ☒ non

Situation avant ce contrat : 4

Dernier diplôme ou titre préparé : 49

Dernière classe / année suivie : 12

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Infographiste Metteur en Page

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 58

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 :**

GOMEZ

**Prénom :** ALEXANDRA

Date de naissance : 03/06/1977

NIR : 277066015902293

Courriel : Alexandra@lgx-france.fr @

Emploi occupé :  
FORMATRICE ADULTES

**Maître d'apprentissage n°2**

**Nom de naissance :**

**Prénom :**

Date de naissance :

NIR :

Courriel : @

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :  Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :   
DEES Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 4 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 : 21 Type de dérogation : ☐ à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat  
Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : 2312CA002610  
Date de conclusion :  Date de début d'exécution du contrat :  Date de début de formation pratique chez l'employeur :   
25/11/2024 01/12/2024 01/12/2024  
Si avenant, date d'effet :  /  /  Durée hebdomadaire du travail :   
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 30/11/2025 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<sup>re</sup> année, du 01/12/2024 au 30/11/2025 : 100 % du SMIC \* ; du  au  :  % du  \*  
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** : 1804.87 € Caisse de retraite complémentaire :  
MALAKOFF HUMANIS  
Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture :  € / repas Logement :  € / mois Autre :

### LA FORMATION

CFA d'entreprise : ☐ oui ☒ non Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 58  
Dénomination du CFA responsable : Intitulé précis :  
LGX Campus TP Responsable Petite Moyenne Structure  
N° UAI du CFA : 0031144C Code du diplôme : 36T31  
N° SIRET CFA : 97767542000029 Code RNCP : 38575  
**Adresse du CFA responsable :** **Organisation de la formation en CFA :**  
N° 17 Voie : boulevard carnot Date de début de formation en CFA :  
01/12/2024  
Complément : Date prévue de fin des épreuves ou examens :  
31/08/2025  
Code postal : 03200 Durée de la formation : 405 heures  
Commune : VICHY  
**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 : VICHY

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 :