

Mode contractuel de l'apprentissage 2

L'EMPLOYEUR

☒ employeur privé

☐ employeur « public »*

Nom et prénom ou dénomination :

LGX CREATION

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : 17 Voie : chemin Doyat

Complément :

Code postal : 03250

Commune : ARRONNES

Téléphone : 0463884134

Courriel : campus@lgx-france.fr
@

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

97767521400026

Type d'employeur : 12

Employeur spécifique : 0

Code activité de l'entreprise (NAF) : 6201Z

Effectif total salariés de l'entreprise :
10

Code IDCC de la convention collective applicable :
1486

*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) : BONJOUR

Nom d'usage :

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

NIR de l'apprenti(e) : 203024019228532

Adresse de l'apprenti(e) :

N° 20 Voie : Route de Montluçon

Complément :

Code postal : 03390

Commune : Montmarault

Téléphone : 0611076121

Courriel : cassandra.401bjr@gmail.com
@

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 : 16/02/2003

Sexe : ☐ M ☒ F

Département de naissance : 40

Commune de naissance :

MONT DE MARSAN

Nationalité : 1 Régime social : 2

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

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

Situation avant ce contrat : 4

Dernier diplôme ou titre préparé : 69

Dernière classe / année suivie : 1

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Concepteur Développeur d'Applications

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 69

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 :

LEVAL

Prénom : Claudie

Date de naissance : 03/12/1984

NIR : 284126061202131

Courriel : @

Claudie@lgx-france.fr

Emploi occupé :

Responsable pédagogique

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

NIR :

Courriel : @

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 79
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 : 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 : 003202310093114
Date de conclusion : (Date de signatures du présent contrat) 29/10/2023
Date de début d'exécution du contrat : 01/11/2023
Date de début de formation pratique chez l'employeur : 01/11/2023
Si avenant, date d'effet :
Durée hebdomadaire du travail : 35 heures 00 minutes
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 31/10/2024
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : oui X non

Rémunération

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1^{re} année, du 01/11/2023 au 31/10/2024 : 100 % du SMIC * ; du au : % du *
2^{ème} année, du au : % du * ; du au : % du *
3^{ème} année, du au : % du * ; du au : % du *
4^{ème} année, du au : % du * ; du au : % du *

Salaire brut mensuel à l'embauche : 1766.64 €
€

Caisse de retraite complémentaire :
MALAKOFF HUMANIS

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

LA FORMATION

CFA d'entreprise : oui X non
Dénomination du CFA responsable : LGX CAMPUS
N° UAI du CFA : 0031144C
N° SIRET CFA : 97767542000029
Adresse du CFA responsable : N° 17 Voie : boulevard carnot
Complément :
Code postal : 03200
Commune : VICHY

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 58
Intitulé précis : TP Responsable Petite et Moyenne structure
Code du diplôme : 36T31001
Code RNCP : 38575
Organisation de la formation en CFA :
Date de début de formation en CFA : 01/11/2023
Date prévue de fin des épreuves ou examens : 31/08/2024
Durée de la formation : 405 heures

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

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

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :



N° UAI :
N° SIRET :
Adresse du lieu de formation principal :
N° Voie :
Complément :
Code postal :
Commune :

X 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 :