

Mode contractuel de l'apprentissage 2

L'EMPLOYEUR

☐ employeur privé

☐ employeur « public »*

Nom et prénom ou dénomination :

LGX FRANCE

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : 75 Voie : vincent fayot

Complément : fff

Code postal : 92260

Commune : FONTENAY AUX ROSES

Téléphone : 0753868021

Courriel : zeufackheriol9@gmail.com

@

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

97767542000011

Type d'employeur : 12

Employeur spécifique : 1

Code activité de l'entreprise (NAF) : codea1

Effectif total salariés de l'entreprise :

123444

Code IDCC de la convention collective applicable :

IDCC

*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) : Heriol

Nom d'usage : Fiemo

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

NIR de l'apprenti(e) :

Adresse de l'apprenti(e) :

N° sobadjo Voie : sobadjo8

Complément : sobadjo

Code postal : 92260

Commune : FONTENAY AUX ROSES

Téléphone : 0753868021

Courriel : zeufackheriol9@gmail.com

@

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

Nom de naissance et prénom :

Fiemo Heriol

Adresse du représentant légal :

N° rueR Voie : voieR

Complément :

Code postal : 92260

Commune : FONTENAY AUX ROSES

Courriel :

@

Date de naissance : 05/06/2024

Sexe : ☐ M ☐ F

Département de naissance :

Commune de naissance :

FONTENAY AUX ROSES

Nationalité : ☐ Régime social : ☐

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 :

Dernier diplôme ou titre préparé :

Dernière classe / année suivie :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :
intitule

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

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 :

Fiemo

Prénom : Heriol

Date de naissance : 25/06/2024

NIR : 102073306390957

Courriel : @

contact@lechosolutions.fr

Emploi occupé :

occupeM

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Fiemo

Prénom : Heriol

Date de naissance : 05/06/2024

NIR :

Courriel : @

zeufackheriol9@gmail.com

Emploi occupé :

occupeM1

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : eleveM
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 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 : Type de dérogation : à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat
Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : numero
Date de conclusion : Date de début d'exécution du contrat : Date de début de formation pratique chez l'employeur :
(Date de signatures du présent contrat) 13/06/2024 05/06/2024 04/06/2024
Si avenant, date d'effet : 28/05/2024 Durée hebdomadaire du travail :
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 01/06/2024 123 heures 41 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 19/06/2024 au 25/06/2024 : 100 % du SMIC * ; du au : % du *
2^{ème} année, du au : % du SMIC * ; du au : % du *
3^{ème} année, du au : % du SMIC * ; du au : % du *
4^{ème} année, du au : % du * ; du au : % du *

Salaire brut mensuel à l'embauche : 1747.2 €
 , €

Caisse de retraite complémentaire :
caisse

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : 122 , € / repas Logement : 12 , € / mois Autre :

LA FORMATION

CFA d'entreprise : oui non
Dénomination du CFA responsable :
Groupe MCFG
N° UAI du CFA : 0031144C
N° SIRET CFA : 85177673200014
Adresse du CFA responsable :
N° Le BoisVoies Perrières
Complément :
Code postal : 17620
Commune : Echilais

☐ 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 : 80
Intitulé précis :
TP agent de sûreté et de sécurité privée
Code du diplôme : 46T34
Code RNCP : 34507
Organisation de la formation en CFA :
Date de début de formation en CFA :
01/02/2024
Date prévue de fin des épreuves ou examens :
28/02/2025
Durée de la formation : 405 heures

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° rueO Voie : voieO
Complément :
Code postal : 92260
Commune : communeO

☒ 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 :