

Mode contractuel de l'apprentissage 2

L'EMPLOYEUR

☒ employeur privé

☐ employeur « public »*

Nom et prénom ou dénomination :

RPS SECURITE

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : 76 Voie : Rue du Courant

Complément :

Code postal : 33310

Commune : LORMONT

Téléphone : 0534635103

Courriel : zeufackheriol9@gmail.com

@

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

44862172200058

Type d'employeur : 12

Employeur spécifique : 0

Code activité de l'entreprise (NAF) : 8010Z

Effectif total salariés de l'entreprise :

100

Code IDCC de la convention collective applicable :

1351

*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) : DOE

Nom d'usage :

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

NIR de l'apprenti(e) : 102073306390957

Adresse de l'apprenti(e) :

N° 75 Voie : RUE SAINT VALENTIN

Complément :

Code postal : 92290

Commune : Châtenay-Malabry

Téléphone : 0753868021

Courriel : zeufackheriol9@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 : 30/07/2024

Sexe : ☒ M ☐ F

Département de naissance : 01

Commune de naissance :

Châtenay-Malabry

Nationalité : 1 Régime social : 1

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 : 1

Dernier diplôme ou titre préparé : 62

Dernière classe / année suivie : 1

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : TFP APS

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 55

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 :

CORNEAU

Prénom : Thomas

Date de naissance : 13/08/2024

NIR : 102073306390957

Courriel : @

Zeufackheriol9@gmail.com

Emploi occupé :

Chef de poste

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

NIR :

Courriel : @

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : SSIAP1
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 3
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 : 11
Type de dérogation : 12 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) 14/08/2024
Date de début d'exécution du contrat : 21/08/2024
Date de début de formation pratique chez l'employeur : 06/08/2024
Si avenant, date d'effet : 13/08/2024
Durée hebdomadaire du travail : 209 heures 12 minutes
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 15/08/2024
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : ☒ oui ☐ non

Rémunération

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1^{re} année, du 14/08/2024 au 21/08/2024 : 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 : 1852.95 €
€

Caisse de retraite complémentaire : AG2R

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

LA FORMATION

CFA d'entreprise : ☒ oui ☐ non
Dénomination du CFA responsable : LGX Campus CDA
N° UAI du CFA : 0003114C
N° SIRET CFA : 12345678923456
Adresse du CFA responsable : N° 32 Voie : QUAI D'ALLIER
Complément :
Code postal : 03200
Commune : VICHY

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 80

Intitulé précis : A2SP

Code du diplôme : 46T34

Code RNCP : 34507

Organisation de la formation en CFA :

Date de début de formation en CFA :

15/08/2024

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

16/08/2024

Durée de la formation : 123 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° Voie :

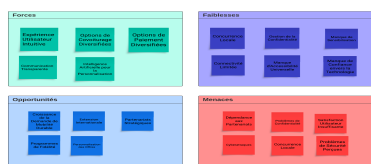
Complément :

Code postal :

Commune :

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

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 : Douala

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 :