

**Mode contractuel de l'apprentissage 2**

L'EMPLOYEUR	X employeur privé	employeur « public »*
<b>Nom et prénom ou dénomination :</b> RPS SECURITE	<b>N°SIRET</b> de l'établissement d'exécution du contrat : 4486217220058	
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : N° : 76 Voie : Rue du Courant	Type d'employeur : 12	Employeur spécifique : 0
Complément :	Code activité de l'entreprise (NAF) : 8010Z	
Code postal : 33310	Effectif total salariés de l'entreprise : 100	
Commune : LORMONT	Code IDCC de la convention collective applicable : 1351	
Téléphone : 0534635103		
Courriel : zeufackheriol9@gmail.com @		

\*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

Date de naissance : 30/07/2024

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

N°75 Voie : RUE SAINT VALENTIN

Sexe : X M F

Complément :

Département de naissance : 01

Code postal : 92290

Commune de naissance :

Commune : Châtenay-Malabry

Châtenay-Malabry

Téléphone : 0753868021

Nationalité : 1 Régime social : 1

Courriel : zeufackheriol9@gmail.com

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

@

Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé : X oui  non

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

Nom de naissance et prénom :

Situation avant ce contrat : 1

**Adresse du représentant légal :**

N° Voie :

Dernier diplôme ou titre préparé : 62

Complément :

Dernière classe / année suivie : 1

Code postal :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Commune :

TFP APS

Courriel :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 55

@

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

SSIASP1

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 :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 15/08/2024

209 heures 12 minutes

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

### Rémunération

1<sup>re</sup> année, du 14/08/2024 au 21/08/2024 : 100% du SMIC \* ; du au : % du \*  
2<sup>eme</sup> année, du au : % du SMIC \* ; du au : % du \*  
3<sup>eme</sup> année, du au : % du SMIC \* ; du au : % du \*  
4<sup>eme</sup> année, du au : % du SMIC \* ; du au : % du \*

Salaire brut mensuel à l'embauche : 1852.95 €

\* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

Caisse de retraite complémentaire :

AG2R

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture :

€ / repas Logement : , € / mois Autre :

## LA FORMATION

CFA d'entreprise : X oui      non

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 80

Dénomination du CFA responsable :

Intitulé précis :

LGX Campus CDA

A2SP

N° UAI du CFA : 0003114C

Code du diplôme : 46T34

N° SIRET CFA : 12345678923456

Code RNCP : 34507

### Adresse du CFA responsable :

N°32 Voie : QUAI D'ALLIER

### Organisation de la formation en CFA :

Complément :

Date de début de formation en CFA :

Code postal : 03200

15/08/2024

Commune : VICHY

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

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

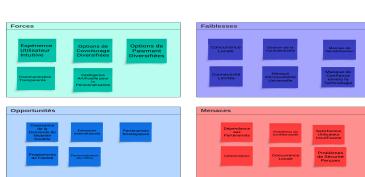
16/08/2024

Durée de la formation : 123 heures

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :

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

Dénomination du lieu de formation principal :



X 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)**

**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 :