

**Mode contractuel de l'apprentissage**

L'EMPLOYEUR	employeur privé	employeur « public »*
<b>Nom et prénom ou dénomination :</b> LGX	<b>N°SIRET</b> de l'établissement d'exécution du contrat : 555555555555	
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : N° : 5 Voie : rue du chemin	Type d'employeur : 12	
Complément :	Employeur spécifique : 0	
Code postal : 02221	Code activité de l'entreprise (NAF) : 55	
Commune : commune	Effectif total salariés de l'entreprise : 4	
Téléphone : 0323232323	Code IDCC de la convention collective applicable : 55	
Courriel : contact@lechosolutions.fr @		

\*Pour les employeurs du secteur public, adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage :

**L'APPRENTI(E)**

<b>Nom de naissance de l'apprenti(e) :</b>	Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>Nom d'usage :</b>	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil :</b>	Département de naissance : <input type="text"/>
NIR de l'apprenti(e) :	Commune de naissance : <input type="text"/>
<b>Adresse de l'apprenti(e) :</b>	Nationalité : <input type="checkbox"/> Régime social : <input type="checkbox"/>
N° <input type="text"/> Voie : <input type="text"/>	Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Complément : <input type="text"/>	Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Code postal : <input type="text"/>	Situation avant ce contrat : <input type="text"/>
Commune : <input type="text"/>	Dernier diplôme ou titre préparé : <input type="text"/>
Téléphone : <input type="text"/>	Dernière classe / année suivie : <input type="text"/>
Courriel : contact@lechosolutions.fr @	Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : <input type="text"/>
<b>Représentant légal</b> (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)	Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : <input type="text"/>
Nom de naissance et prénom : <input type="text"/>	Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Adresse du représentant légal :</b>	
N° <input type="text"/> Voie : <input type="text"/>	
Complément : <input type="text"/>	
Code postal : <input type="text"/>	
Commune : <input type="text"/>	
Courriel : <input type="text"/> @	

**LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE**

<b>Maître d'apprentissage n°1</b>	<b>Maître d'apprentissage n°2</b>
<b>Nom de naissance :</b>	<b>Nom de naissance :</b>
<b>Prénom :</b>	<b>Prénom :</b>
Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Date de naissance : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
NIR : <input type="text"/>	NIR : <input type="text"/>
Courriel : <input type="text"/> @	Courriel : <input type="text"/> @
<b>Emploi occupé :</b>	<b>Emploi occupé :</b>

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

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 :

Date de conclusion :

(Date de signatures du présent contrat)

Date de début d'exécution du contrat :

Date de début de formation pratique chez l'employeur :

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage :

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

### Rémunération

1<sup>re</sup> année, du  au  :  % du  \* ; du  au  :  % du  \*  
2<sup>eme</sup> année, du  au  :  % du  \* ; du  au  :  % du  \*  
3<sup>eme</sup> année, du  au  :  % du  \* ; du  au  :  % du  \*  
4<sup>eme</sup> année, du  au  :  % du  \* ; du  au  :  % du  \*

Salaire brut mensuel à l'embauche : €

\* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

€

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 : 49

Dénomination du CFA responsable :

Intitulé précis :

LGX Campus

A2SP

N° UAI du CFA : 0031144C

Code du diplôme : 46T34

N° SIRET CFA : 97767542000011

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

01/05/2024

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

31/05/2025

Durée de la formation : 405  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 :

N° UAI :   
N° SIRET :   
**Adresse du lieu de formation principal :**  
N° 32  Voie : QUAI D'ALLIER  
Complément :   
Code postal : 03200  
Commune : VICHY

X **L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat**

Fait à :

**Signature de l'employeur**

**Signature de l'apprenti(e)**

**Signature du représentant légal  
de l'apprenti(e) mineur(e)**

✓ : 12

## 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 :