

Mode contractuel de l'apprentissage 1

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 : heriol@rps-groupe.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) : BERTRAND

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°9 Voie : RUE SAINT VALENTIN

Complément :

Code postal : 33310

Commune : LORMONT

Téléphone : 0753868020

Courriel : zeufackheriol22@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 : 11/07/2002

Sexe : ☒ M ☐ F

Département de naissance : 33

Commune de naissance :

Bordeaux

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 : 10

Dernier diplôme ou titre préparé : 38

Dernière classe / année suivie : 1

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : TFP APS

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 38

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 : 26/09/1983

NIR : 1830916374076

Courriel : @

Thomas.corneau@hotmail.fr

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 : 1
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 : 11 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) 30/04/2024
Date de début d'exécution du contrat : 01/05/2024
Date de début de formation pratique chez l'employeur : 01/05/2024
Si avenant, date d'effet :
Durée hebdomadaire du travail : 35 heures 12 minutes
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 31/05/2025
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 01/05/2024 au 31/05/2025 : 100 % du SMIC * ; du au : % du *
2^{ème} année, du 10/07/2024 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 : X oui non
Dénomination du CFA responsable : LGX Campus
N° UAI du CFA : 0031144C
N° SIRET CFA : 97767542000011
Adresse du CFA responsable : N° 32 Voie : QUAI D'ALLIER
Complément :
Code postal : 03200
Commune : VICHY
X Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre
Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 49
Intitulé précis : A2SP
Code du diplôme : 46T34
Code RNCP : 34507
Organisation de la formation en CFA :
Date de début de formation en CFA : 01/05/2024
Date prévue de fin des épreuves ou examens : 31/05/2025
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° 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 : 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 :