

**Mode contractuel de l'apprentissage 2**

**L'EMPLOYEUR**

☒ employeur privé

☐ employeur « public »\*

**Nom et prénom ou dénomination :**

LGX CREATION

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : 17 Voie : chemin Doyat

Complément :

Code postal : 03250

Commune : ARRONNES

Téléphone : 0463884134

Courriel : campus@lgx-france.fr

@

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

97767521400026

Type d'employeur : 12

Employeur spécifique : 0

Code activité de l'entreprise (NAF) : 6201Z

Effectif total salariés de l'entreprise :

10

Code IDCC de la convention collective applicable :

1486

\*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) :** Hu

**Nom d'usage :**

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

NIR de l'apprenti(e) : 193079304821173

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

N° 20 Voie : Route de Montluçon

Complément :

Code postal : 03390

Commune : Montmarault

Téléphone : 0611076121

Courriel : victor@lgx-france.fr

@

**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 : 02/07/1993

Sexe : ☒ M ☐ F

Département de naissance : 93

Commune de naissance :

Montreuil

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 : 4

Dernier diplôme ou titre préparé : 69

Dernière classe / année suivie : 1

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Concepteur Développeur d'Applications

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 69

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 :**

MENDO

**Prénom :** VIRGINIE

Date de naissance : 12/11/1991

NIR : 291110216824476

Courriel : @

Contact@lechosolutions.fr

Emploi occupé :

CHEF DE PROJET

**Maître d'apprentissage n°2**

**Nom de naissance :**

**Prénom :**

Date de naissance :

NIR :

Courriel : @

Emploi occupé :

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 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 :<br>(Date de signatures du présent contrat) | Date de début d'exécution du<br>contrat : | Date de début de formation pratique<br>chez l'employeur : |
| 31/10/2024  | 01/11/2024                                | 01/11/2024  |

Durée hebdomadaire du travail :

35 heures 00 minutes

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

\* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

|                                      |               |   |              |        |    |   |      |   |
|--------------------------------------|---------------|---|--------------|--------|----|---|------|---|
| 1 <sup>re</sup> année, du 01/11/2024 | au 31/10/2025 | : | 100% du SMIC | * ; du | au | : | % du | * |
| 2 <sup>ème</sup> année, du           | au            | : | % du         | * ; du | au | : | % du | * |
| 3 <sup>ème</sup> année, du           | au            | : | % du         | * ; du | au | : | % du | * |
| 4 <sup>ème</sup> année, du           | au            | : | % du         | * ; du | au | : | % du | * |

Caisse de retraite complémentaire : MALAKOFF HUMANIS

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

## LA FORMATION

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 58

Intitulé précis :

TP Responsable Petite et Moyenne structure

Code du diplôme : 36T31

Code RNCP : 38575

### Organisation de la formation en CFA :

Date de début de formation en CFA :

01/11/2024

Date prévue de fin des épreuves ou examens : 31/08/2025

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°    Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

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

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

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

**CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME EN CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT**

N° SIRET de l'organisme :

Date de la décision :

Numéro d'avenant :