

**Mode contractuel de l'apprentissage 1**

L'EMPLOYEUR	X employeur privé	employeur « public »*
<b>Nom et prénom ou dénomination :</b> Capital Sécurité	<b>N°SIRET</b> de l'établissement d'exécution du contrat : 40055588400032	
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : N° : 3 Voie : rue Notre Dame de Bon Secours	Type d'employeur : 12 Employeur spécifique : 0	
Complément :	Code activité de l'entreprise (NAF) : 8010z	
Code postal : 60200	Effectif total salariés de l'entreprise : 600	
Commune : Compiègne	Code IDCC de la convention collective applicable : 1351	
Téléphone : 0344364160		
Courriel : Barbara.valero@groupe-cf.fr @		

\*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) :** Savatier

**Nom d'usage :** Savatier

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

NIR de l'apprenti(e) : 208046015933921

Date de naissance : 17/04/2008

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

N°13 Voie : rue serpente

Sexe :  M  F

Complément :

Département de naissance : 60

Code postal : 60150

Commune de naissance :

Commune : thourotte

Compiègne

Téléphone : 0663598375

Nationalité : 1 Régime social : 2

Courriel : leasavatier2008@gmail.com  
@

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

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

Nom de naissance et prénom :

Bricaud Aurore

**Adresse du représentant légal :**

N° 13 Voie : rue serpente

Dernier diplôme ou titre préparé : 33

Complément :

Dernière classe / année suivie : 40

Code postal : 60150

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : aucun diplôme ou titre préparé

Commune : thourotte

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 13

Courriel : aurore84lea@gmail.com  
@

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 :**

VATIN

**Prénom :** SANDRINE

Date de naissance : 11/04/1983

NIR : 283046015906020

Courriel : Sandrine.vatin@groupe-cf.fr  
@

Emploi occupé :

Agent d'exploitation

**Maître d'apprentissage n°2**

**Nom de naissance :**

**Prénom :**

Date de naissance :

NIR :

Courriel : @

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

BAC

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 4

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 :  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)

15/11/2024

Date de début d'exécution du contrat :

18/11/2024

Date de début de formation pratique chez l'employeur :

18/11/2024

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 31/08/2025

Durée hebdomadaire du travail :

35 heures 00 minutes

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

### Rémunération

1<sup>re</sup> année, du 18/11/2024 au 31/08/2025 : 27 % du SMIC \* ; 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 : 486.49 €

\* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

Caisse de retraite complémentaire :

Ag2r lamondiale

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

## LA FORMATION

CFA d'entreprise :  oui  non

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 49

Dénomination du CFA responsable :

Intitulé précis :

LGX CAMPUS

TP - Agent de Sûreté et de Sécurité Privée

N° UAI du CFA : 0031144C

Code du diplôme : 46T34401

N° SIRET CFA : 97767542000029

Code RNCP : 34507

### Adresse du CFA responsable :

N° 17 Voie : BOULEVARD CARNOT

Organisation de la formation en CFA :

Complément :

Date de début de formation en CFA :

Code postal : 03200

01/09/2024

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

30/06/2025

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° Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

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

Fait à : VICHY

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

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(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 :