

**Mode contractuel de l'apprentissage 1**

**L'EMPLOYEUR**

☒ employeur privé

☐ employeur « public »\*

**Nom et prénom ou dénomination :**

CFPS

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

33087353000050

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

Type d'employeur : 12

N° : 12

Voie : RUE RAYMOND LEFEBVRE

Employeur spécifique : 0

Complément :

Code activité de l'entreprise (NAF) : 8559A

Code postal : 94250

Effectif total salariés de l'entreprise :

Commune : GENTILLY

5

Téléphone : 0141983819

Code IDCC de la convention collective applicable :

Courriel : jean-claudebroche@orange.fr

1516

@

\*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) :** SABOURIN

**Nom d'usage :** SABOURIN

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

**NIR** de l'apprenti(e) : 295089207222708

Date de naissance : 05/08/1995

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

N°8 Voie : RUE LASEGUE

Sexe : ☐ M ☒ F

Complément :

Département de naissance : 92

Code postal : 92320

Commune de naissance :

Commune : CHATILLON

SEVRES

Téléphone : 0664646034

Nationalité : 1 Régime social : 2

Courriel : luciesabourin@outlook.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)

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : ☐ oui ☒ non

**Nom de naissance et prénom :**

Situation avant ce contrat : 4

**Adresse du représentant légal :**

Dernier diplôme ou titre préparé : 58

N° Voie :

Dernière classe / année suivie : 1

Complément :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Code postal :

TP - CIP

Commune :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 58

Courriel :

Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : ☐ oui ☒ non

@

**LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE**

**Maître d'apprentissage n°1**

**Maître d'apprentissage n°2**

**Nom de naissance :**

**Nom de naissance :**

BROCHE

**Prénom :** JEAN-CLAUDE

**Prénom :**

Date de naissance : 20/09/1961

Date de naissance :

NIR : 161097505122716

NIR :

Courriel : @

Courriel : @

Jean-claude@orange.fr

Emploi occupé :

Emploi occupé :


Directeur

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 99  
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 5  
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 : 21  
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) 27/11/2024  
Date de début d'exécution du contrat : 01/12/2024  
Date de début de formation pratique chez l'employeur : 01/12/2024  
Si avenant, date d'effet :  
Durée hebdomadaire du travail : 35 heures 00 minutes  
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 31/12/2025  
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : oui X non  
**Rémunération** \* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)  
1<sup>re</sup> année, du 01/12/2024 au 31/12/2025 : 100 % du SMC \* ; 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 \*  
**Salaire brut mensuel à l'embauche** : 1801.80 €  
Caisse de retraite complémentaire : AG2R  
Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : € / repas Logement : € / mois Autre :

## LA FORMATION

CFA d'entreprise : oui X non  
Dénomination du CFA responsable : LGX Campus  
N° UAI du CFA : 0031144C  
N° SIRET CFA : 97767542000029  
**Adresse du CFA responsable** :  
N° 17 Voie : boulevard carnot  
Complément :  
Code postal : 03200  
Commune : VICHY  
X Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre  
Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :  
  
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)  
Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 58  
Intitulé précis : TP Responsable Petite Moyenne Structure  
Code du diplôme : 36T31001  
Code RNCP : 38575  
**Organisation de la formation en CFA** :  
Date de début de formation en CFA : 01/12/2024  
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 :

## 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 :