

Mode contractuel de l'apprentissage 2

L'EMPLOYEUR	X employeur privé	employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : LGX CREATION		N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : 97767521400026
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : N° : 17 Voie : chemin Doyat		Type d'employeur : 12
Complément :		Employeur spécifique : 0
Code postal : 03250		Code activité de l'entreprise (NAF) : 6201Z
Commune : ARRONNES		Effectif total salariés de l'entreprise : 10
Téléphone : 0463884134		Code IDCC de la convention collective applicable : 1486
Courriel : campus@lgx-france.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) : BONJOUR

Nom d'usage :

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

NIR de l'apprenti(e) : 203024019228532

Adresse de l'apprenti(e) :

N°20 Voie : Route de Montluçon

Complément :

Code postal : 03390

Commune : Montmarault

Téléphone : 0611076121

Courriel : cassandra.401bjr@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 : 16/02/2003

Sexe : M F

Département de naissance : 40

Commune de naissance :

MONT DE MARSAN

Nationalité : 1 Régime social : 2

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

Déclare bénéficier 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 :

LEVAL

Prénom : Claudie

Date de naissance : 03/12/1984

NIR : 284126061202131

Courriel : @

Claudie@lgx-france.fr

Emploi occupé :

Responsable pedagogique

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

NIR :

Courriel : @

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

79

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 5

X L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

LE CONTRAT

Type de contrat ou d'avenant : 21

Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : 003202310093114

Date de conclusion :

(Date de signatures du présent contrat)

29/10/2023

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période
d'apprentissage : 31/10/2024

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

Rémunération

1^{re} année, du 01/11/2023 au 31/10/2024 : 100% du SMIC * ; du au : % du *
2^{eme} année, du au : % du * ; du au : % du *
3^{eme} année, du au : % du * ; du au : % du *
4^{eme} année, du au : % du * ; du au : % du *

Salaire brut mensuel à l'embauche : 1766.64 €

€

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : ,

Caisse de retraite complémentaire :

MALAKOFF HUMANIS

€ / repas Logement : , € / mois Autre :

LA FORMATION

CFA d'entreprise : oui 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)

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

Nom de l'organisme :

Date de réception du dossier complet :

N° de dépôt :

N° SIRET de l'organisme :

Date de la décision :

Numéro d'avenant :