

Mode contractuel de l'apprentissage 2

L'EMPLOYEUR	X employeur privé	employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : LGX CREATION 2		N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : 33442627700110
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :		Type d'employeur : <input checked="" type="checkbox"/> 12
N° : 17 Voie : chemin Doyat		Employeur spécifique : <input type="checkbox"/> 0
Complément :		Code activité de l'entreprise (NAF) : 6201Z
Code postal : 03250		Effectif total salariés de l'entreprise :
Commune : ARRONNES		10
Téléphone : 0463884134		Code IDCC de la convention collective applicable :
Courriel : zeufackheriol9@gmail.com @		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	Date de naissance : 02/07/1973
Nom d'usage :	Sexe : <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil : Victor	Département de naissance : 93
NIR de l'apprenti(e) : 193079304821171	Commune de naissance :
Adresse de l'apprenti(e) : N°20 Voie : Route de Montluçon	Montreuil
Complément :	Nationalité : 1 Régime social : 2
Code postal : 03390	Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
Commune : Montmarault	Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
Téléphone : 0611076121	Situation avant ce contrat : 4
Courriel : victor@lgx-france.fr @	Dernier diplôme ou titre préparé : 69
Représentant légal (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)	Dernière classe / année suivie : 1
Nom de naissance et prénom :	Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : Concepteur Développeur d'Applications
Adresse du représentant légal :	Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 69
N° Voie :	Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
Complément :	
Code postal :	
Commune :	
Courriel :	
@	

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1	Maître d'apprentissage n°2
Nom de naissance : LEVAL	Nom de naissance :
Prénom : Claudie	Prénom :
Date de naissance : 03/12/1984	Date de naissance :
NIR : 284126061202131	NIR :
Courriel : Claudio@lgx-france.fr	Courriel : @
Emploi occupé :	Emploi occupé :
Responsable pédagogique	

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Marketing digital

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 :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

LE CONTRAT

Type de contrat ou d'avenant : 21

Type de dérogation : 12 à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat

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

Date de conclusion :

(Date de signatures du présent contrat)

01/10/2023

Date de début d'exécution du

contrat :

01/10/2023

Date de début de formation pratique

chez l'employeur :

01/10/2023

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 30/09/2024

Durée hebdomadaire du travail :

35 heures 00 minutes

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

Rémunération

1^{re} année, du 08/10/2023 au 30/09/2024 : 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 : 1801.80 €

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

au : % du *
au : % du *
au : % du *
au : % du *

Caisse de retraite complémentaire :

MALAKOFF HUMANIS

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

LA FORMATION

CFA d'entreprise : oui X non

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 49

Dénomination du CFA responsable :

Intitulé précis :

1901 FORMATION

TP agent de sûreté et de sécurité privée

N° UAI du CFA : 0031144C

Code du diplôme : 46T34401

N° SIRET CFA : 40412904100020

Code RNCP : 34507

Adresse du CFA responsable :

N°32 Voie : QUAI D'ALLIER

Organisation de la formation en CFA :

Complément :

Date de début de formation en CFA :

Code postal : 03200

01/10/2023

Commune : Vichy

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre

30/09/2024

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 :

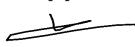
X L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat

Fait à : VICHY

Signature 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 :