

Mode contractuel de l'apprentissage 1

L'EMPLOYEUR	X 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 : N° : 12 Voie : RUE RAYMOND LEFEBVRE		Type d'employeur : 12
Complément :		Employeur spécifique : 0
Code postal : 94250		Code activité de l'entreprise (NAF) : 8559A
Commune : GENTILLY		Effectif total salariés de l'entreprise : 5
Téléphone : 0141983819		Code IDCC de la convention collective applicable : 1516
Courriel : jean-claudebroche@orange.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) : SABOURIN

Nom d'usage : SABOURIN

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

NIR de l'apprenti(e) : 295089207222708

Adresse de l'apprenti(e) :

N°8 Voie : RUE LASEGUE

Complément :

Code postal : 92320

Commune : CHATILLON

Téléphone : 0664646034

Courriel : luciesabourin@outlook.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 : 05/08/1995

Sexe : M F

Département de naissance : 92

Commune de naissance :

SEVRES

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 : 58

Dernière classe / année suivie : 1

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : TP - CIP

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 58

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 :

BROCHE

Prénom : JEAN-CLAUDE

Date de naissance : 20/09/1961

NIR : 161097505122716

Courriel : @

Jean-claude@orange.fr

Emploi occupé :

Directeur

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

NIR :

Courriel : @

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

99

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

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

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

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 :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 31/12/2025

Durée hebdomadaire du travail :

35 heures 00 minutes

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

Rémunération

1^{re} année, du 01/12/2024 au 31/12/2025 : 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 :

AG2R

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 : 58

Dénomination du CFA responsable :

Intitulé précis :

LGX Campus

TP Responsable Petite Moyenne Structure

N° UAI du CFA : 0031144C

Code du diplôme : 36T31001

N° SIRET CFA : 97767542000029

Code RNCP : 38575

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

01/12/2024

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

31/08/2025

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 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 :