

Mode contractuel de l'apprentissage 2

L'EMPLOYEUR

☒ employeur privé

☐ employeur « public »*

Nom et prénom ou dénomination :

LGX CREATION

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : 17 Voie : chemin Doyat

Complément :

Code postal : 03250

Commune : ARRONNES

Téléphone : 0463884134

Courriel : campus@lgx-france.fr

@

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

97767521400026

Type d'employeur : 12

Employeur spécifique : 0

Code activité de l'entreprise (NAF) : 6201Z

Effectif total salariés de l'entreprise :

10

Code IDCC de la convention collective applicable :

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) : Ragou

Nom d'usage : Ragou

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

NIR de l'apprenti(e) : 195119741693994

Date de naissance : 19/11/1995

Adresse de l'apprenti(e) :

N° 19 Voie : allée des canelles

Complément : PK17

Code postal : 97430

Commune : Le Tampon

Téléphone : 0693452051

Courriel : boris.ragou@hotmail.com

@

Sexe : ☒ M ☐ F

Département de naissance : 974

Commune de naissance :

Saint-Pierre

Nationalité : 1 Régime social : 2

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

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

Situation avant ce contrat : 4

Dernier diplôme ou titre préparé : 58

Dernière classe / année suivie : 12

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

IMP Infographiste Metteur en Page

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 58

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

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 :

@

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1

Nom de naissance :

LAGNEAUX

Prénom : Jérôme

Date de naissance : 24/06/1977

NIR : 177060217304303

Courriel : Jerome@lgx-france.fr @

Jerome@lgx-france.fr

Emploi occupé :

Dirigeant

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

NIR :

Courriel : @


Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :
Titre de Dirigeant option OFS
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 6 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 : 35 Type de dérogation : à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat
Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : 003202312008414
Date de conclusion : Date de début d'exécution du contrat : Date de début de formation pratique chez l'employeur :
(Date de signatures du présent contrat) 25/11/2024 01/12/2024 01/12/2024
Si avenant, date d'effet : / / Durée hebdomadaire du travail :
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 30/11/2025 35 heures 00 minutes
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : oui X non
Rémunération * Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)
1^{re} année, du 01/12/2024 au 30/11/2025 : 100 % du SMIC * ; du au : % du *
2^{ème} année, du au : % du * ; du au : % du *
3^{ème} année, du au : % du * ; du au : % du *
4^{ème} année, du au : % du * ; du au : % du *
Salaire brut mensuel à l'embauche : 1801.80 € 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
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 : 36T31
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 :