

Mode contractuel de l'apprentissage 1

L'EMPLOYEUR

☒ employeur privé

☐ employeur « public »*

Nom et prénom ou dénomination :

Capital Sécurité

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : 3 Voie : rue Notre Dame de Bon Secours

Complément :

Code postal : 60200

Commune : Compiègne

Téléphone : 0344364160

Courriel : Barbara.valero@groupe-cf.fr

@

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

40055588400032

Type d'employeur : 12

Employeur spécifique : 0

Code activité de l'entreprise (NAF) : 8010z

Effectif total salariés de l'entreprise :

600

Code IDCC de la convention collective applicable :

1351

*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) : Savatier

Nom d'usage : Savatier

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

NIR de l'apprenti(e) : 208046015933921

Adresse de l'apprenti(e) :

N° 13 Voie : rue serpente

Complément :

Code postal : 60150

Commune : thourotte

Téléphone : 0663598375

Courriel : leasavatier2008@gmail.com

@

Représentant légal (à renseigner si l'apprenti est mineur non émancipé)

Nom de naissance et prénom :

Bricaud Aurore

Adresse du représentant légal :

N° 13 Voie : rue serpente

Complément :

Code postal : 60150

Commune : thourotte

Courriel : aurore84lea@gmail.com

@

Date de naissance : 17/04/2008

Sexe : ☐ M ☒ F

Département de naissance : 60

Commune de naissance :

Compiègne

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 : 1

Dernier diplôme ou titre préparé : 33

Dernière classe / année suivie : 40

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : aucun diplôme ou titre préparé

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 13

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 :

VATIN

Prénom : SANDRINE

Date de naissance : 11/04/1983

NIR : 283046015906020

Courriel : Sandrine.vatin@groupe-cf.fr

@

Emploi occupé :

Agent d'exploitation

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

NIR :

Courriel : @

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : BAC
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 4
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 : 11
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) 15/11/2024
Date de début d'exécution du contrat : 18/11/2024
Date de début de formation pratique chez l'employeur : 18/11/2024
Si avenant, date d'effet :
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 31/08/2025
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 18/11/2024 au 31/08/2025 : 27 % 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 : 486.49 €
€

Caisse de retraite complémentaire : Ag2r lamondiale

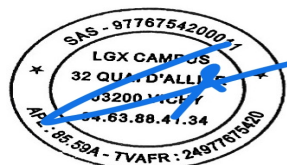
Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : € / repas Logement : € / mois Autre :

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 : 49
Intitulé précis : TP - Agent de Sûreté et de Sécurité Privée
Code du diplôme : 46T34401
Code RNCP : 34507
Organisation de la formation en CFA :
Date de début de formation en CFA : 01/09/2024
Date prévue de fin des épreuves ou examens : 30/06/2025
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 :