

(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa avant de remplir ce document)

Mode contractuel de l'apprentissage

L'EMPLOYEUR	X employeur privé	employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : RPS SECURITE	N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : 44862172200058	
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : N° : 76 Voie : Rue du Courant	Type d'employeur : 12 Employeur spécifique : 0	
Complément :	Code activité de l'entreprise (NAF) : 80.10	
Code postal : 33310	Effectif total salariés de l'entreprise : 100	
Commune : LORMONT	Code IDCC de la convention collective applicable : 1351	
Téléphone : 05.34.63.51.03		
Courriel : service-rh@rps-groupe.com @		

*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) : BERTRAND

Nom d'usage :

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

NIR de l'apprenti(e) : 102073306390957

Date de naissance : 11/07/2002

Adresse de l'apprenti(e) :

Sexe : X M F

N°9 Voie : RUE SAINT VALENTIN

Département de naissance : GIRONDE

Complément :

Commune de naissance :

Code postal : 33310

BORDEAUX

Commune : LORMONT

Nationalité : 1 **Régime social :** 2

Téléphone :

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

Courriel : m.bertrand33310@gmail.com
 @

Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé : oui X non

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

Situation avant ce contrat : 10

Nom de naissance et prénom :

Dernier diplôme ou titre préparé : 38

Adresse du représentant légal :

Dernière classe / année suivie :

N° Voie :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :
TFP APS

Complément :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 38

Code postal :

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

Commune :

Courriel :

@

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Nom de naissance :

CORNEAU

Prénom : Thomas

Prénom :

Date de naissance : 26/09/1983

Date de naissance :

NIR : 1 83 09 16 374 076 / 13

NIR :

Courriel :

Courriel :

thomas.corneau@hotmail.fr

@

Emploi occupé :

Emploi occupé :

Chef de poste

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

SSIAP1

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 3

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)

30/04/2024

Date de début d'exécution du
contrat :

01/05/2024

Date de début de formation pratique
chez l'employeur :

01/05/2024

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période
d'apprentissage : **31/05/2025**

Durée hebdomadaire du travail :
35 heures minutes

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

Rémunération

1 ^{re} année, du 01/05/2024	au 31/05/2025	: 100% du SMIC	* ; du	au	:	% du
2 ^{me} année, du	au	: % du	* ; du	au	:	% du
3 ^{me} année, du	au	: % du	* ; du	au	:	% du
4 ^{me} année, du	au	: % du	* ; du	au	:	% du

Salaire brut mensuel à l'embauche : 1852.95 €

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 : Niveau Bac

Dénomination du CFA responsable :

Intitulé précis :

LGX Campus

A2SP

N° UAI du CFA : **00031144C**

Code du diplôme : **46T34**

N° SIRET CFA : **977 675 420 00**

Code RNCP : **34507**

Adresse du CFA responsable :

Organisation de la formation en CFA :

N° 32 Voie : **QUAI D'ALLIER**

Date de début de formation en CFA :

01/05/2024

Date prévue de fin des épreuves ou examens :
31/05/2025

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 :

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 du représentant légal
de l'apprenti(e) mineur(e)*

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(e)

Batina

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 :

Pour remplir le contrat et pour plus d'informations sur le traitement des données reportez-vous à la notice FA 14