

**Mode contractuel de l'apprentissage 2**

L'EMPLOYEUR	X employeur privé	employeur « public »*
<b>Nom et prénom ou dénomination :</b> LGX CREATION		<b>N°SIRET</b> de l'établissement d'exécution du contrat : 97767521400026
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : N° : 17 Voie : chemin Doyat		Type d'employeur : 12
Complément :		Employeur spécifique : 0
Code postal : 03250		Code activité de l'entreprise (NAF) : 6201Z
Commune : ARRONNES		Effectif total salariés de l'entreprise : 10
Téléphone : 0463884134		Code IDCC de la convention collective applicable : 1486
Courriel : campus@lgx-france.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) :** LONCKE

**Nom d'usage :**

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

NIR de l'apprenti(e) : 100106015935162

Date de naissance : 21/10/2000

**Adresse de l'apprenti(e) :**

N°32 Voie : RUE

Sexe : X M F

Complément : De l'Écureuil

Département de naissance : 60

Code postal : 60170

Commune de naissance :

Commune : Cambronne Les Ribécourt

Compiègne

Téléphone : 0756826515

Nationalité : 1 Régime social : 2

Courriel : fabien@lgx-france.fr

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

@

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

Nom de naissance et prénom :

Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé :  oui X non

**Adresse du représentant légal :**

N° Voie :

Situation avant ce contrat : 4

Complément :

Code postal :

Dernier diplôme ou titre préparé : 69

Commune :

Dernière classe / année suivie : 1

Courriel :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

@

Concepteur Développeur D'applications

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 58

**LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE**

**Maître d'apprentissage n°1**

**Nom de naissance :**

LEVAL

**Prénom :** CLAUDIE

Date de naissance : 03/12/1984

NIR : 284126061202131

Courriel :

Claudie@lgx-france.fr

Emploi occupé :

Responsable pedagogique

**Maître d'apprentissage n°2**

**Nom de naissance :**

**Prénom :**

Date de naissance :

NIR :

Courriel :

@

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

79

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 5

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

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

Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : 003202312008496

Date de conclusion :

(Date de signatures du présent contrat)

25/11/2024

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 : 01/12/2024

Date de fin du contrat ou de la période  
d'apprentissage : 30/11/2025

Durée hebdomadaire du travail :

35 heures 00 minutes

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

### Rémunération

1<sup>re</sup> année, du 01/12/2024 au 30/11/2025 : 100% du SMIC \* ; du au : % du \*  
2<sup>eme</sup> année, du au : % du \* ; du au : % du \*  
3<sup>eme</sup> année, du au : % du \* ; du au : % du \*  
4<sup>eme</sup> année, du au : % du \* ; du au : % du \*

Salaire brut mensuel à l'embauche : 1766.96 €

€

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture :

\* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

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

Caisse de retraite complémentaire :

MALAKOFF HUMANIS

€ / repas Logement : , € / mois Autre :

## LA FORMATION

CFA d'entreprise :  oui  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)

## CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME EN CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT

Nom de l'organisme :

Date de réception du dossier complet :

N° de dépôt :

N° SIRET de l'organisme :

Date de la décision :

Numéro d'avenant :