

Mode contractuel de l'apprentissage 1

L'EMPLOYEUR

☒ employeur privé

☐ employeur « public »*

Nom et prénom ou dénomination :

capital sécurité

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

40055588400032

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

Type d'employeur : 12

N° : 3

Voie : rue Notre Dame de Bon Secours

Employeur spécifique : 0

Complément :

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

Code postal : 60200

Effectif total salariés de l'entreprise :

Commune : Compiègne

600

Téléphone : 0344364160

Code IDCC de la convention collective applicable :

Courriel : Barbara.valero@groupe-cf.fr

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) : DE ROLAND

Nom d'usage :

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

NIR de l'apprenti(e) : 192129730296958

Date de naissance : 30/12/1992

Adresse de l'apprenti(e) :

Sexe : ☒ M ☐ F

N° Voie : Domaine des Vivrets

Département de naissance : 973

Complément :

Commune de naissance :

Code postal : 60490

CAYENNE

Commune : Marquéglise

Nationalité : 1 Régime social : 2

Téléphone : 0694079233

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

Courriel : jackyderoland@gmail.com

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

@

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

Situation avant ce contrat : 11

Nom de naissance et prénom :

Dernier diplôme ou titre préparé : 38

Adresse du représentant légal :

Dernière classe / année suivie : 1

N° Voie :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Complément :

TFP APS

Code postal :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 38

Commune :

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

Courriel :

@

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Nom de naissance :

HOXHA

Prénom : VETON

Prénom :

Date de naissance : 09/06/1990

Date de naissance :

NIR : 190069912115641

NIR :

Courriel : Veton.hoxha@groupe-cf.fr

Courriel : @

Emploi occupé :

Emploi occupé :

CHEF DE SITE

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : BAC
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 2
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 : 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) 30/08/2024
Date de début d'exécution du contrat : 02/09/2024
Date de début de formation pratique chez l'employeur : 02/09/2024
Si avenant, date d'effet :
Durée hebdomadaire du travail : 35 heures 00 minutes
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 02/09/2024 au 31/08/2025 : 100 % du SMIC * ; du au : % du *
2^{ème} année, du au : % du SMIC * ; du au : % du *
3^{ème} année, du au : % du SMIC * ; du au : % du *
4^{ème} année, du au : % du * ; du au : % du *

Salaire brut mensuel à l'embauche : 1798.99 €
€

Caisse de retraite complémentaire :
Ag2r la mondiale

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 : 97767542000011
Adresse du CFA responsable : N° 32 Voie : QUAI D'ALLIER
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 : agent de sûreté et de sécurité privée
Code du diplôme : 46T34
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 : 15/10/2024
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 :