

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) : SAID ALI

Nom d'usage :

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

NIR de l'apprenti(e) : 104109851107106

Date de naissance : 01/10/2004

Adresse de l'apprenti(e) :

N° Voie : Domaine des Vivrets

Sexe : ☒ M ☐ F

Complément :

Département de naissance : 976

Code postal : 60490

Commune de naissance :

Commune : Marquéglise

Mamoudzou

Téléphone : 0692107597

Nationalité : 1 Régime social : 2

Courriel : fazilsaidali@icloud.com

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

@

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

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

Nom de naissance et prénom :

Situation avant ce contrat : 11

Adresse du représentant légal :

Dernier diplôme ou titre préparé : 38

N° Voie :

Dernière classe / année suivie : 1

Complément :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Code postal :

TFP APS

Commune :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 38

Courriel :

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

@

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Nom de naissance :

Lestoquoi

Prénom : Cyril

Prénom :

Date de naissance : 10/04/1970

Date de naissance :

NIR : 170046017503855

NIR :

Courriel : @

Courriel : @

Barbara.VALERO@groupe-cf.fr

Emploi occupé :

Emploi occupé :

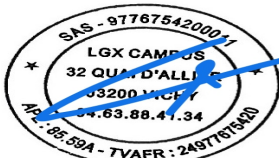
Encadrant

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : BAC
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 2
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 : 17/09/2024
(Date de signatures du présent contrat)
Date de début d'exécution du contrat : 18/09/2024
Date de début de formation pratique chez l'employeur : 18/09/2024
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 18/09/2024 au 31/08/2025 : 99 % 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 : 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) :

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 : 18/09/2024
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 :

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 :
N° SIRET de l'organisme :
Date de réception du dossier complet :
Date de la décision :
N° de dépôt :
Numéro d'avenant :