

**Mode contractuel de l'apprentissage 1**

**L'EMPLOYEUR**

☒ employeur privé

☐ employeur « public »\*

**Nom et prénom ou dénomination :**

LGX CAMPUS

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : 32 Voie : QUAI D'ALLIER

Complément :

Code postal : 03200

Commune : VICHY

Téléphone : 0463884133

Courriel : jerome.campus@lgx-france.fr

@

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

97767542000011

Type d'employeur : 12

Employeur spécifique : 0

Code activité de l'entreprise (NAF) : 8559A

Effectif total salariés de l'entreprise :

10

Code IDCC de la convention collective applicable :

1516

\*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) :** LEONARD

**Nom d'usage :**

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

NIR de l'apprenti(e) : 182040331006830

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

N° 7 Voie : RUE RENE FALLET

Complément :

Code postal : 03110

Commune : VENDAT

Téléphone : 0615833953

Courriel : sl03@gmx.fr

@

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

**Nom de naissance et prénom :**

**Adresse du représentant légal :**

N° Voie :

Complément :

Code postal :

Commune :

Courriel :

@

Date de naissance : 13/04/1982

Sexe : ☒ M ☐ F

Département de naissance : 03

Commune de naissance :

VICHY

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 : 10

Dernier diplôme ou titre préparé : 58

Dernière classe / année suivie : 1

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : SSIAP 3

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 58

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 :**

Lagneau

**Prénom :** Jérôme

Date de naissance : 24/06/1977

NIR : 177060217304303

Courriel : @

Jerome@lgx-france.fr

Emploi occupé :

Dirigeant

**Maître d'apprentissage n°2**

**Nom de naissance :**

**Prénom :**

Date de naissance :

NIR :

Courriel : @

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :  
Titre de Dirigeant option OFS  
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 6 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 début d'exécution du contrat : Date de début de formation pratique chez l'employeur :  
(Date de signatures du présent contrat) 16/09/2024 17/09/2024 17/09/2024  
Si avenant, date d'effet : / /  
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 30/09/2025  
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : oui X non

## Rémunération

\* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1<sup>re</sup> année, du 17/09/2024 au 30/09/2025 : 100 % du SMIC \* ; du au : % du \*  
2<sup>ème</sup> année, du au : % du \* ; du au : % du \*  
3<sup>ème</sup> année, du au : % du \* ; du au : % du \*  
4<sup>ème</sup> année, du au : % du \* ; du au : % du \*

**Salaire brut mensuel à l'embauche** : 1766.92 €  
€

Caisse de retraite complémentaire :  
MALAKOFF HUMANIS

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

## LA FORMATION

CFA d'entreprise : X oui 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 : 58  
Intitulé précis :  
TP Formateur Professionnel Adultes  
Code du diplôme : 36T33  
Code RNCP : 37275  
**Organisation de la formation en CFA** :  
Date de début de formation en CFA :  
17/09/2024  
Date prévue de fin des épreuves ou examens :  
30/09/2025  
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 :