

Mode contractuel de l'apprentissage 1

L'EMPLOYEUR		X 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 : 600	
Commune : Compiègne		Code IDCC de la convention collective applicable : 1351	
Téléphone : 0344364160			
Courriel : Barbara.valero@groupe-cf.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) : SAID ALI	
Nom d'usage :	
Le premier prénom de l'apprenti(e) selon l'état civil : FAZIL	
NIR de l'apprenti(e) : 104109851107106	
Adresse de l'apprenti(e) :	
N°	Voie : Domaine des Vivrets
Complément :	
Code postal : 60490	
Commune : Marquèglise	
Téléphone : 0692107597	
Courriel : fazilsaidali@icloud.com	
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 : 01/10/2004	
Sexe : X M F	
Département de naissance : 976	
Commune de naissance : Mamoudzou	
Nationalité : 1 Régime social : 2	
Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut niveau : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Déclare bénéficié de la reconnaissance travailleur handicapé : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	
Situation avant ce contrat : 11	
Dernier diplôme ou titre préparé : 38	
Dernière classe / année suivie : 1	
Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : TFP APS	
Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 38	
Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE	
Maître d'apprentissage n°1	
Nom de naissance : Lestoquoi	
Prénom : Cyril	
Date de naissance : 10/04/1970	
NIR : 170046017503855	
Courriel :	@
Barbara.VALERO@groupe-cf.fr	
Emploi occupé : Encadrant	
Maître d'apprentissage n°2	
Nom de naissance :	
Prénom :	
Date de naissance :	
NIR :	
Courriel :	@
Emploi occupé :	

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) 17/09/2024
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 :
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 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 :