

Mode contractuel de l'apprentissage 2

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 : N° : 3 Voie : rue Notre Dame de Bon Secours	Type d'employeur : 12	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) : BONJOUR

Nom d'usage :

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

NIR de l'apprenti(e) : 203024019228532

Date de naissance : 16/02/2003

Adresse de l'apprenti(e) :

N°24 Voie : rue Georges Bernard

Sexe : M F

Complément :

Département de naissance : 40

Code postal : 27000

Commune de naissance :

Commune : EVREUX

MONT DE MARSAN

Téléphone : 0609870166

Nationalité : 1 Régime social : 2

Courriel : cassandra.40bjr@gmail.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)

Nom de naissance et prénom :

Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé : oui non

Adresse du représentant légal :

N° Voie :

Situation avant ce contrat : 10

Complément :

Dernier diplôme ou titre préparé : 42

Code postal :

Dernière classe / année suivie : 1

Commune :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Courriel :

BAC

@

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 42

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Maître d'apprentissage n°1

Nom de naissance :

DECAMBRON

Prénom : Hélène

Date de naissance : 24/09/1992

NIR : 292098025323207

Courriel :

helene.decambron@groupe-cf.fr

Emploi occupé :

AS QUALIFIE

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)

09/09/2024

Date de début d'exécution du

contrat :

09/09/2024

Date de début de formation pratique chez l'employeur :

09/09/2024

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 07/09/2025

Durée hebdomadaire du travail :

35 heures 00 minutes

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

Rémunération

1^{re} année, du 09/09/2024 au 07/09/2025 : 99 % du SMIC * ; du au : % du *
2^{eme} année, du au : % du * ; du au : % du *
3^{eme} année, du au : % du * ; du au : % du *
4^{eme} année, du au : % du * ; du au : % du *

Salaire brut mensuel à l'embauche : 1852.95 €

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

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

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

LA FORMATION

CFA d'entreprise : oui non

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 49

Dénomination du CFA responsable :

Intitulé précis :

LGX Campus

agent de sûreté et de sécurité privée

N° UAI du CFA : 0031144C

Code du diplôme : 46T34

N° SIRET CFA : 97767542000011

Code RNCP : 34507

Adresse du CFA responsable :

N°32 Voie : QUAI D'ALLIER

Organisation de la formation en CFA :

Complément :

Date de début de formation en CFA :

Code postal : 03200

01/09/2024

Commune : VICHY

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

X Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre

15/10/2024

Durée de la formation : 405 heures

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :

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 :