

**Mode contractuel de l'apprentissage 1**

L'EMPLOYEUR	X employeur privé	employeur « public »*
<b>Nom et prénom ou dénomination :</b> LGX CAMPUS		<b>N°SIRET</b> de l'établissement d'exécution du contrat : 97767542000011
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :		Type d'employeur : 12
N° : 32 Voie : QUAI D'ALLIER		Employeur spécifique : 0
Complément :		Code activité de l'entreprise (NAF) : 8559A
Code postal : 03200		Effectif total salariés de l'entreprise :
Commune : VICHY		10
Téléphone : 0463884133		Code IDCC de la convention collective applicable :
Courriel : jerome.campus@lgx-france.fr @		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

Date de naissance : 13/04/1982

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

N° 7 Voie : RUE RENE FALLET

Sexe : X M F

Complément :

Département de naissance : 03

Code postal : 03110

Commune de naissance :

Commune : VENDAT

VICHY

Téléphone : 0615833953

Nationalité : 1 Régime social : 2

Courriel : sl03@gmx.fr

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

@

Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé :  oui X non

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

Nom de naissance et prénom :

Situation avant ce contrat : 10

**Adresse du représentant légal :**

N° Voie :

Dernier diplôme ou titre préparé : 58

Complément :

Dernière classe / année suivie : 1

Code postal :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : SSIAP 3

Commune :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 58

Courriel :

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

@

**LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE**

**Maître d'apprentissage n°1**

**Nom de naissance :**

Lagneaux

**Prénom :** Jérôme

Date de naissance : 24/06/1977

NIR : 177060217304303

Courriel : jerome.campus@lgx-france.fr  
@

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 :

## Titre de Dirigeant option OFS

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 6

X L'employeur atteste sur l'honneur que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

## LE CONTRAT

Type de contrat ou d'avenant : 11

Type de dérogation : 12 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)

16/09/2024

Date de début d'exécution du contrat :

17/09/2024

Date de début de formation pratique chez l'employeur :

17/09/2024

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 30/09/2025

Durée hebdomadaire du travail :  
35 heures 00 minutes

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

## Rémunération

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

Salaire brut mensuel à l'embauche : 1766.92 €

\* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

€

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture :

Caisse de retraite complémentaire :  
MALAKOFF HUMANIS

€ / repas Logement : , € / mois Autre :

## LA FORMATION

CFA d'entreprise : X oui non

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 58

Dénomination du CFA responsable :

Intitulé précis :

LGX Campus

N° UAI du CFA : 0031144C

TP Formateur Professionnel Adultes

N° SIRET CFA : 97767542000011

Code du diplôme : 36T33

Adresse du CFA responsable :

Code RNCP : 37275

N°32 Voie : QUAI D'ALLIER

Organisation de la formation en CFA :

Complément :

Date de début de formation en CFA :

Code postal : 03200

17/09/2024

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

30/09/2025

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 du représentant légal  
de l'apprenti(e) mineur(e)

Signature de l'employeur

Signature de l'apprenti(e)

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 :