

**Mode contractuel de l'apprentissage 2**

**L'EMPLOYEUR**

☒ employeur privé

☐ employeur « public »\*

**Nom et prénom ou dénomination :**

LGX CREATION

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : 17 Voie : chemin Doyat

Complément :

Code postal : 03250

Commune : ARRONNES

Téléphone : 0463884134

Courriel : campus@lgx-france.fr

@

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

97767521400026

Type d'employeur : 12

Employeur spécifique : 0

Code activité de l'entreprise (NAF) : 6201Z

Effectif total salariés de l'entreprise :

10

Code IDCC de la convention collective applicable :

1486

\*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) :** LONCKE

**Nom d'usage :**

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

NIR de l'apprenti(e) : 100106015935162

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

N° 32 Voie : RUE

Complément : De l'Écureuil

Code postal : 60170

Commune : Cambronne Les Ribécourt

Téléphone : 0756826515

Courriel : fabien@lgx-france.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 : 21/10/2000

Sexe : ☒ M ☐ F

Département de naissance : 60

Commune de naissance :

Compiègne

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 : 4

Dernier diplôme ou titre préparé : 69

Dernière classe / année suivie : 1

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Concepteur Développeur D'applications

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 :**

MENDO

**Prénom :** VIRGINIE

Date de naissance : 12/11/1991

NIR : 291110216824476

Courriel : contact@lechosolutions.fr

Emploi occupé :

CHEF DE PROJET

**Maître d'apprentissage n°2**

**Nom de naissance :**

**Prénom :**

Date de naissance :

NIR :

Courriel :


Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :   
Concepteur développeur d'application   
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 6   
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 : 35   
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) 25/11/2024   
Date de début d'exécution du contrat : 01/12/2024   
Date de début de formation pratique chez l'employeur : 01/12/2024   
Si avenant, date d'effet :   
Durée hebdomadaire du travail : 35 heures 00 minutes   
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 30/11/2025   
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : ☐ oui ☒ non   
**Rémunération**   
\* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)   
1<sup>re</sup> année, du 01/12/2024 au 30/11/2025 : 100 % du SMIC \* ; du : % du \*   
2<sup>ème</sup> année, du : % du \* ; du : % du \*   
3<sup>ème</sup> année, du : % du \* ; du : % du \*   
4<sup>ème</sup> année, du : % du \* ; du : % du \*   
**Salaire brut mensuel à l'embauche** : 1766.96 €   
Caisse de retraite complémentaire : MALAKOFF HUMANIS   
Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : € / repas Logement : € / mois Autre :

## LA FORMATION

CFA d'entreprise : ☐ oui ☒ non   
Dénomination du CFA responsable : LGX Campus   
N° UAI du CFA : 0031144C   
N° SIRET CFA : 97767542000029   
**Adresse du CFA responsable** :   
N° 17 Voie : boulevard carnot   
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 : 58   
Intitulé précis : TP Responsable Petite Moyenne Structure   
Code du diplôme : 36T31   
Code RNCP : 38575   
**Organisation de la formation en CFA** :   
Date de début de formation en CFA : 01/12/2024   
Date prévue de fin des épreuves ou examens : 31/08/2025   
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 :   
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 :