

**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) :** Carré

**Nom d'usage :**

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

NIR de l'apprenti(e) : 2011159122258

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

N°32 Voie : rue de l'écureuil

Complément :

Code postal : 60170

Commune : Cambronne-lès-Ribécourt

Téléphone : 0602002433

Courriel : emeline@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 : 05/11/2001

Sexe : ☐ M ☒ F

Département de naissance : 59

Commune de naissance :

59400

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 : 11

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Responsable petite ou moyenne structure

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 55

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 : 21  
Type de dérogation : ☐ à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat  
Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : 003202401047528  
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) 31/10/2024 01/11/2024 01/11/2024  
Si avenant, date d'effet :  /  /   
Durée hebdomadaire du travail : 35 heures 00 minutes  
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 31/10/2025  
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 01/11/2024 au 31/10/2025 : 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 : 1766.96 €  
€

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

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

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :



☒ 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 Responsable Petite et Moyenne structure  
Code du diplôme : 36T31  
Code RNCP : 38575  
Organisation de la formation en CFA :  
Date de début de formation en CFA : 01/11/2024  
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 :

## 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 :