

Mode contractuel de l'apprentissage 2

L'EMPLOYEUR

☒ employeur privé

☐ employeur « public »*

Nom et prénom ou dénomination :

ALTAIR SECURITE

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : 212 Voie : bd Anatole France

Complément :

Code postal : 93200

Commune : ST DENIS

Téléphone : 0149713270

Courriel : contact@ageconsulting.fr

@

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

34329965700000

Type d'employeur : 12

Employeur spécifique : 0

Code activité de l'entreprise (NAF) : 8010Z

Effectif total salariés de l'entreprise :

380

Code IDCC de la convention collective applicable :

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) : Heriol

Nom d'usage :

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

NIR de l'apprenti(e) : 102073306390957

Adresse de l'apprenti(e) :

N°9 Voie : Voie

Complément :

Code postal : 92260

Commune : FONTENAY AUX ROSES

Téléphone : 0753868021

Courriel : zeufackheriol9@gmail.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 : 10/07/2024

Sexe : ☒ M ☐ F

Département de naissance : 01

Commune de naissance :

FONTENAY AUX ROSES

Nationalité : 1 Régime social : 1

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 : 1

Dernier diplôme ou titre préparé : 80

Dernière classe / année suivie : 1

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : TFP APS

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 80

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 :

Fiemo

Prénom : Heriol

Date de naissance : 25/06/2024

NIR : 102073306390957

Courriel : @

Contact@lechosolutions.fr

Emploi occupé :

OccupeM

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

NIR :

Courriel : @

Emploi occupé :

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 dérogation : 12 à renseigner si une dérogation existe pour ce contrat

Date de conclusion : (Date de signatures du présent contrat)	Date de début d'exécution du contrat :	Date de début de formation pratique chez l'employeur :
13/06/2024	05/06/2024	04/06/2024

Date de conclusion : (Date de signatures du présent contrat)	Date de début d'exécution du contrat :	Date de début de formation pratique chez l'employeur :
13/06/2024	05/06/2024	04/06/2024

Durée hebdomadaire du travail :

123 heures 123 minutes

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

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1^{re} année, du 19/06/2024 au 25/06/2024 : 100% du SMIC* ; du au : % du *

2^{ème} année, du au : % du SMIC * ; du au : % du *

3^{ème} année, du au : % du SMIC * ; du au : % du *

4^{ème} année, du au : % du * ; du au : % du *

Caisse de retraite complémentaire :
AG2R

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : 122 , € / repas Logement : 12 , € / mois Autre :

LA FORMATION

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 49

Intitulé précis :

TP- Opérateur en vidéoprotection et en télésurveillance

Code du diplôme : 46T34

Code RNCP : RNCP37879

Organisation de la formation en CFA :

Date de début de formation en CFA :

10/06/2024

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

14/04/2025

Durée de la formation : 402 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 :

☒ *L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat*

Signature du représentant légal

Signature de l'apprenti(e)

de l'apprenti(e) mineur(e)



CADRE RÉSERVÉ À L'ORGANISME EN CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT

N° SIRET de l'organisme :

Date de la décision :

Numéro d'avenant :