

Mode contractuel de l'apprentissage 1

L'EMPLOYEUR	X employeur privé	employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination : LGX SOLUTION		N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat : 97776540300026
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : N° : 17 Voie : chemin Doyat		Type d'employeur : 12
Complément :		Employeur spécifique : 0
Code postal : 03250		Code activité de l'entreprise (NAF) : 78.10Z
Commune : ARRONNES		Effectif total salariés de l'entreprise : 5
Téléphone : 0463884133		Code IDCC de la convention collective applicable : 1486
Courriel : campus@lgx-france.fr @		

*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) : Da Veiga

Nom d'usage : Da Veiga

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

NIR de l'apprenti(e) : 193096311317568

Date de naissance : 11/09/1993

Adresse de l'apprenti(e) :

N°4 Voie : Rue de l'abreuvoir

Sexe : X M F

Complément : Lieu-dit les minots

Département de naissance : 63

Code postal : 63350

Commune de naissance :

Commune : Luzillat

Clermont-Ferrand

Téléphone : 0659778854

Nationalité : 1 Régime social : 1

Courriel : daveigart63350@gmail.com

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

@

Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur handicapé : oui non

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

Nom de naissance et prénom :

Situation avant ce contrat : 4

Adresse du représentant légal :

N° Voie :

Dernier diplôme ou titre préparé : 49

Complément :

Dernière classe / année suivie : 1

Code postal :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Commune :

Infographiste Metteur en Page

Courriel :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 43

@

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 :

SEARA

Prénom : Claudie

Date de naissance : 03/12/1984

NIR : 284126061202131

Courriel :

claudie@lgx-france.fr

Emploi occupé :

Responsable pedagogique

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

NIR :

Courriel :

@

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

79

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 5

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 : 22

Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel porte l'avenant : 003202312053722

Date de conclusion :

(Date de signatures du présent contrat)

31/10/2024

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 31/10/2026

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

Rémunération

1^{re} année, du 01/11/2024 au 31/10/2025 : 100% du SMIC * ; du au : % du *
2^{eme} année, du 01/11/2025 au 31/10/2026 : 100% du SMIC * ; 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 : 1766.96 €

€

Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture :

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

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) :



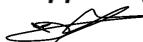
X L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat

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 :

Date de réception du dossier complet :

N° de dépôt :

N° SIRET de l'organisme :

Date de la décision :

Numéro d'avenant :