

**Mode contractuel de l'apprentissage 1**

**L'EMPLOYEUR**

☒ employeur privé

☐ employeur « public »\*

**Nom et prénom ou dénomination :**

capital sécurité

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

40055588400032

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

Type d'employeur : 12

N° : 3

Voie : rue Notre Dame de Bon Secours

Employeur spécifique : 0

Complément :

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

Code postal : 60200

Effectif total salariés de l'entreprise :

Commune : Compiègne

600

Téléphone : 0344364160

Code IDCC de la convention collective applicable :

Courriel : Barbara.valero@groupe-cf.fr

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) :** ROULIERE

**Nom d'usage :**

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

NIR de l'apprenti(e) : 279053306341888

Date de naissance : 19/05/1979

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

Sexe : ☐ M ☒ F

N° Voie : Domaine des Vivrets

Département de naissance : 33

Complément :

Commune de naissance :

Code postal : 60490

BORDEAUX

Commune : Marquéglise

Nationalité : 1 Régime social : 2

Téléphone : 0659974471

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

Courriel : celyne.rouliere79@gmail.com

Déclare bénéficiaire de la reconnaissance travailleur handicapé : ☒ oui ☐ non

@

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

Situation avant ce contrat : 11

Nom de naissance et prénom :

Dernier diplôme ou titre préparé : 38

**Adresse du représentant légal :**

Dernière classe / année suivie : 1

N° Voie :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Complément :

TFP APS

Code postal :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 38

Commune :

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

Courriel :

@

**LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE**

**Maître d'apprentissage n°1**

**Maître d'apprentissage n°2**

**Nom de naissance :**

**Nom de naissance :**

GILLET

**Prénom :** REMI

**Prénom :**

Date de naissance : 24/10/1999

Date de naissance :

NIR : 199109305105092

NIR :

Courriel : Barbara.VALERO@groupe-cf.fr

Courriel : @

Emploi occupé :

Emploi occupé :

Responsable de site

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : BAC  
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 2  
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 : 11  
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) 17/09/2024  
Date de début d'exécution du contrat : 18/09/2024  
Date de début de formation pratique chez l'employeur : 18/09/2024  
Si avenant, date d'effet :  
Durée hebdomadaire du travail : 35 heures 00 minutes  
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 31/08/2025  
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : oui X non  
**Rémunération** \* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)  
1<sup>re</sup> année, du 18/09/2024 au 31/08/2025 : 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** : 1798.99 €  
Caisse de retraite complémentaire : Ag2r la mondiale  
Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : € / repas Logement : € / mois Autre :

## LA FORMATION

CFA d'entreprise : oui X non  
Dénomination du CFA responsable : LGX Campus  
N° UAI du CFA : 0031144C  
N° SIRET CFA : 97767542000011  
**Adresse du CFA responsable** : N° 32 Voie : QUAI D'ALLIER  
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 : 49  
Intitulé précis : agent de sûreté et de sécurité privée  
Code du diplôme : 46T34  
Code RNCP : 34507  
**Organisation de la formation en CFA** :  
Date de début de formation en CFA : 18/09/2024  
Date prévue de fin des épreuves ou examens : 15/10/2024  
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 :