

Mode contractuel de l'apprentissage 1

L'EMPLOYEUR

☒ employeur privé

☐ employeur « public »*

Nom et prénom ou dénomination :

CFPS

Adresse de l'établissement d'exécution du contrat :

N° : 12 Voie : RUE RAYMOND LEFEBVRE

Complément :

Code postal : 94250

Commune : GENTILLY

Téléphone : 0141983819

Courriel : jean-claudebroche@orange.fr
@

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

33087353000050

Type d'employeur : 12

Employeur spécifique : 0

Code activité de l'entreprise (NAF) : 8559A

Effectif total salariés de l'entreprise :

5

Code IDCC de la convention collective applicable :

1516

*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) : SABOURIN

Nom d'usage : SABOURIN

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

NIR de l'apprenti(e) : 295089207222708

Adresse de l'apprenti(e) :

N° 8 Voie : RUE LASEGUE

Complément :

Code postal : 92320

Commune : CHATILLON

Téléphone : 0664646034

Courriel : luciesabourin@outlook.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 : 05/08/1995

Sexe : ☐ M ☒ F

Département de naissance : 92

Commune de naissance :

SEVRES

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 : 58

Dernière classe / année suivie : 1

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

TP - CIP

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 :

BROCHE

Prénom : JEAN-CLAUDE

Date de naissance : 20/09/1961

NIR : 161097505122716

Courriel : @

Jean-claude@orange.fr

Emploi occupé :

Directeur

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

NIR :

Courriel : @

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 99
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 5
X 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 : XXXXXXXXXXXXXXXX
Date de conclusion : 27/11/2024
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 : 31/12/2025
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : oui X non

Rémunération

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

1^{re} année, du 01/12/2024 au 31/12/2025 : 100 % du SMC * ; du au : % du *
2^{ème} année, du au : % du * ; du au : % du *
3^{ème} année, du au : % du * ; du au : % du *
4^{ème} année, du au : % du * ; du au : % du *

Salaire brut mensuel à l'embauche : 1801.80 €
€

Caisse de retraite complémentaire : AG2R

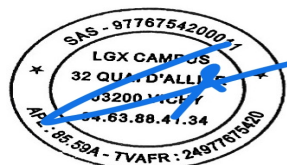
Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture : € / repas Logement : € / mois Autre :

LA FORMATION

CFA d'entreprise : oui X non
Dénomination du CFA responsable : LGX Campus
N° UAI du CFA : 0031144C
N° SIRET CFA : 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)

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 58
Intitulé précis : TP Responsable Petite Moyenne Structure
Code du diplôme : 36T31001
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 :

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 :