

**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) :** ABDOU SILAHI

**Nom d'usage :**

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

NIR de l'apprenti(e) : 102049850900240

Date de naissance : 10/04/2002

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

N° Voie : Domaine des Vivrets

Sexe : ☒ M ☐ F

Complément :

Département de naissance : 976

Code postal : 60490

Commune de naissance :

Commune : Marquéglise

Kani-Kéli

Téléphone : 0693469884

Nationalité : 1 Régime social : 2

Courriel : aboudou.faise@gmail.com

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

@

Déclare bénéficié 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 : 11

**Adresse du représentant légal :**

Dernier diplôme ou titre préparé : 38

N° Voie :

Dernière classe / année suivie : 1

Complément :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : 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**

**Nom de naissance :**

GILLET

**Maître d'apprentissage n°2**

**Nom de naissance :**

**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) :



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)

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 :

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 :