

**Mode contractuel de l'apprentissage 2**

**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) :** BONJOUR

**Nom d'usage :**

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

NIR de l'apprenti(e) : 203024019228532

Date de naissance : 16/02/2003

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

N°24 Voie : rue Georges Bernard

Sexe : ☐ M ☒ F

Complément :

Département de naissance : 40

Code postal : 27000

Commune de naissance :

Commune : EVREUX

MONT DE MARSAN

Téléphone : 0609870166

Nationalité : 1 Régime social : 2

Courriel : cassandra.40bjr@gmail.com

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

@

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

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

**Nom de naissance et prénom :**

Situation avant ce contrat : 10

**Adresse du représentant légal :**

Dernier diplôme ou titre préparé : 42

N° Voie :

Dernière classe / année suivie : 1

Complément :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : BAC

Code postal :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 42

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 :**

DECAMBRON

**Prénom :** Hélène

**Prénom :**

Date de naissance : 24/09/1992

Date de naissance :

NIR : 292098025323207

NIR :

Courriel : helene.decambron@groupe-cf.fr

Courriel : @

Emploi occupé :

Emploi occupé :

AS QUALIFIE

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) 09/09/2024  
Date de début d'exécution du contrat : 09/09/2024  
Date de début de formation pratique chez l'employeur : 09/09/2024  
Si avenant, date d'effet :  
Durée hebdomadaire du travail : 35 heures 00 minutes  
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 07/09/2025  
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 09/09/2024 au 07/09/2025 : 99 % 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 : 1852.95 €  
€

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 : 01/09/2024  
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 :