

**Mode contractuel de l'apprentissage 1**

L'EMPLOYEUR	X employeur privé	<input type="checkbox"/> employeur « public »*
<b>Nom et prénom ou dénomination :</b> A3F EXPERTISES		<b>N°SIRET</b> de l'établissement d'exécution du contrat : 53164642000038
Adresse de l'établissement d'exécution du contrat : N° : 3 Voie : RUE JEAN AMIEL		Type d'employeur : 16
Complément : BAT F		Employeur spécifique : 0
Code postal : 31700		Code activité de l'entreprise (NAF) : 8559B
Commune : BLAGNAC		Effectif total salariés de l'entreprise : 3
Téléphone : 0534471396		Code IDCC de la convention collective applicable : 1516
Courriel : contact@a3fexpertises.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) :** Vogler

**Nom d'usage :**

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

NIR de l'apprenti(e) : 201067400804589

Date de naissance : 13/06/2001

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

N°3 Voie : Rue du CEAT

Sexe :  M  F

Complément : E14

Département de naissance : 74

Code postal : 31500

Commune de naissance :

Commune : Toulouse

Ambilly

Téléphone : 0618443612

Nationalité : 1 Régime social : 2

Courriel : melvynevogler@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 : 12

**Adresse du représentant légal :**

N° Voie :

Dernier diplôme ou titre préparé : 58

Complément :

Dernière classe / année suivie : 32

Code postal :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :

Commune :

Deug sociologie

Courriel :

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 :**

SENOEQ

**Prénom :** LUCILE

Date de naissance : 11/09/1982

NIR : 282093155530460

Courriel :

Lsenocq@rps-groupe.com

Emploi occupé :

Directrice RH et PAIE

**Maître d'apprentissage n°2**

**Nom de naissance :**

**Prénom :**

Date de naissance :

NIR :

Courriel :

@

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

11

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 : 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)

27/09/2024

Date de début d'exécution du

contrat :

01/10/2024

Date de début de formation pratique chez l'employeur :

01/10/2024

Si avenant, date d'effet :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 30/09/2025

Durée hebdomadaire du travail :

35 heures 00 minutes

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

### Rémunération

1<sup>re</sup> année, du 01/10/2024 au 30/09/2025 : 53 % du SMIC \* ; du au : % du \*  
2<sup>eme</sup> année, du au : % du \* ; du au : % du \*  
3<sup>eme</sup> année, du au : % du \* ; du au : % du \*  
4<sup>eme</sup> année, du au : % du \* ; du au : % du \*

Salaire brut mensuel à l'embauche : 936.47 €

\* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

Caisse de retraite complémentaire :

AG2R

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

## LA FORMATION

CFA d'entreprise :  oui  non

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 58

Dénomination du CFA responsable :

Intitulé précis :

LGX Campus

TP Responsable petite et moyenne structure

N° UAI du CFA : 0031144C

Code du diplôme : 36T31

N° SIRET CFA : 97767542000011

Code RNCP : 38575

### Adresse du CFA responsable :

N°32 Voie : QUAI D ALLIER

### Organisation de la formation en CFA :

Complément :

Date de début de formation en CFA :

Code postal : 03200

01/10/2024

Commune : VICHY

Date prévue de fin des épreuves ou examens :

X Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre

30/09/2025

Durée de la formation : 405 heures

Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :

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 :