

Mode contractuel de l'apprentissage 1

| L'EMPLOYEUR | X 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 : N° : 3 Voie : rue Notre Dame de Bon Secours | Type d'employeur : 12 | 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 : X M F

Complément :

Département de naissance : 976

Code postal : 60490

Commune de naissance :

Commune : Marqueglise

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 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 : 11

Adresse du représentant légal :

N° Voie :

Dernier diplôme ou titre préparé : 38

Complément :

Dernière classe / année suivie : 1

Code postal :

Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé : TFP APS

Commune :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 38

Courriel :

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 :

GILLET

Prénom : REMI

Date de naissance : 24/10/1999

NIR : 199109305105092

Courriel : Barbara.VALERO@groupe-cf.fr
@

Emploi occupé :

Responsable de site

Maître d'apprentissage n°2

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance :

NIR :

Courriel : @

Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :

BAC

Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu : 2

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)

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 :

Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage : 31/08/2025

Durée hebdomadaire du travail :

35 heures 00 minutes

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

Rémunération

1^{re} année, du 18/09/2024 au 31/08/2025 : 100% du SMIC * ; du au : % du *
2^{eme} année, du au : % du * ; du au : % du *
3^{eme} année, du au : % du * ; du au : % du *
4^{eme} année, du au : % du * ; du au : % du *

Salaire brut mensuel à l'embauche : 1798.99 €

* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)

au : % du *
au : % du *
au : % du *
au : % du *

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

Caisse de retraite complémentaire :

Ag2r la mondiale

Logement : , € / mois

Autre : , € / mois

LA FORMATION

CFA d'entreprise : oui non

Diplôme ou titre visé par l'apprenti : 49

Dénomination du CFA responsable :

Intitulé précis :

LGX Campus

agent de sûreté et de sécurité privée

N° UAI du CFA : 0031144C

Code du diplôme : 46T34

N° SIRET CFA : 97767542000011

Code RNCP : 34507

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

18/09/2024

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

15/10/2024

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 :

Signature de l'apprenti(e)

Adresse du lieu de formation principal :

X L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au dépôt du contrat

Fait à : VICHY

Signature du représentant légal
de l'apprenti(e) mineur(e)

Signature de l'employeur

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 :