

Vous devez OBLIGATOIREMENT :

- Joindre la copie des bulletins scolaires de la dernière formation fréquentée et des éventuels diplômes obtenus.
- Nous retourner ce dossier de candidature accompagné des pièces demandées **AU MINIMUM 15 JOURS AVANT LA DATE DE DEBUT DE CONTRAT PREVUE.**

Régime demandé :

Interne Demi-pensionnaire Externe

Toute demande d'hébergement doit être faite par écrit et jointe au présent formulaire. Les places sont attribuées en fonction de la date de réception des dossiers de candidature et des disponibilités. Elles seront confirmées par courrier.

Toute modification concernant le contrat de travail, les coordonnées de l'apprenti, doit être signalée au secrétariat de l'UFA de Hyères.



Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation
DOSSIER A RETOURNER A :

UFA AGRICAMPUS VAR
32 Chemin Saint Lazare
83400 HYERES
Tel: 04.94.00.55.64
Mail: secretariat.ufa.hyeres@gmail.com

(Cadre réservée à l'administration)

Date de réception : ____/____/____

VALIDE PAR L'UFA : ____/____/____

RECU POLE CONTRAT / ____/____/____

OBSERVATIONS

Avant le début de l'exécution du contrat d'apprentissage ou, au plus tard, dans les cinq jours ouvrables qui suivent le contrat doit être adressé à l'opérateur de compétence pour dépôt. La date de début de contrat doit donc tenir compte des délais de traitement : PREVOIR minimum 15 jours entre la date de dépôt du dossier complet et la date de début de contrat.

DOSSIER DE CANDIDATURE

Ce document n'est pas un contrat, c'est un dossier de candidature

- CAPa Jardinier-Paysagiste CAPa « Métiers de l'agriculture »
 Brevet Professionnel Aménagements Paysagers

Date de début du cycle formation : ____/____/____

Date prévue de fin des épreuves ou examens : ____/____/____

APPRENTI(E) :

NOM : _____ **Prénom :** _____

Date de Naissance : ____/____/____ Lieu de Naissance : _____ Dép. : ____

Nationalité : _____ Sexe : Garçon Fille

Adresse : _____

CP _____ VILLE _____

☎ (Domicile) : ____/____/____/____/____ et Portable apprenti : ____/____/____/____/____

Profession des parents : père _____ mère _____

E-mail apprenti : _____@_____

N° sécurité sociale de l'apprenti ou du responsable légal pour les - de 16 ans :
____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

PARENT OU RESPONSABLE LEGAL *uniquement si apprenti(e) mineur(e) même adresse apprenti(e) :*

Père / Mère

NOM : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

CP _____ VILLE _____

☎ (Domicile) : ____/____/____/____/____ (Travail) : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____

E-mail : _____@_____



La certification qualité a été délivrée au titre de la catégorie suivante :
ACTION DE FORMATION PAR APPRENTISSAGE

SI PARENTS SEPARES *uniquement si apprenti(e) mineur(e)* : Père / Mère
NOM : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

CP _____ VILLE _____

☎ (Domicile) : ____/____/____/____ (Travail) : ____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____

E-mail : _____@_____

Joindre la copie du jugement désignant l'autorité parentale ou attestation sur l'honneur

VOTRE PARCOURS SCOLAIRE ET/OU PROFESSIONNEL :

Reconnaissance Travailleur Handicapé (RQTH) : oui non (si oui fournir justificatif)

Année	Classe fréquentée / Emploi	Etablissement (Nom - Commune) / Entreprise
N-1		

N° INE/INA : _____

(voir bulletin scolaire, convocation à l'examen ou certificat de fin de scolarité EXEACT)

Dernier diplôme obtenu : _____

Actuellement vous êtes :

- scolarisé(e)
- salarié(e)
- demandeur d'emploi
- en contrat pro (joindre copie contrat et rupture éventuelle)
- en contrat d'apprentissage (joindre copie contrat **AVEC SON NUMERO D'ENREGISTREMENT** et rupture éventuelle même si date ultérieure)
- stagiaire formation professionnelle
- autre _____

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau :
Oui non

REDUCTION DE LA DUREE DU CONTRAT : OUI NON

Joindre la convention tripartite si nécessaire.

Votre dossier ne pourra être retenu que si les conditions requises pour intégrer cette formation sont réunies (cf. fiche formation jointe) et **sous réserve des places disponibles** prévues par la convention Régionale.

Aucun contrat d'apprentissage ne pourra être signé avant la validation de votre dossier.

Date : ____/____/____ **Signature du candidat** **Signature Responsable Légal**

L'EMPLOYEUR

Document à remplir par l'entreprise, **obligatoirement**, dans son intégralité.

DATE DEBUT DE CONTRAT : ____/____/2022

A renseigner obligatoirement par vos soins

RAISON SOCIALE : _____

Nom propre GAEC EARL SARL SA SAS EURL
COLLECTIVITE TERRITORALE ASSOCIATION 1901 AUTRE : _____

Chef d'entreprise (NOM Prénom) : _____

N° SIRET : _____ **CODE NAF :** _____

Adresse de l'Entreprise : _____

CP _____ VILLE _____

☎ : ____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____ Fax : ____/____/____/____

E-mail : _____@_____

Effectif de l'entreprise (*sauf apprenti(e)*) : _____

L'employeur est-il l'ascendant de l'apprenti(e) : OUI NON lien de parenté : _____

L'employeur autorise l'apprenti(e) à quitter l'établissement à la fin de son examen ou en cas d'absence de formateur : Oui Non

Convention collective nationale applicable : (Demander à votre comptable n° IDCC)	Nom de la Caisse Retraite Complémentaire de l'apprenti(e) (demander à votre comptable) :
---	---

Régime social : MSA URSSAF

Joindre OBLIGATOIREMENT la copie d'un K-BIS ou de l'attestation SIRENE

LE(S) MAITRE(S) D'APPRENTISSAGE

1 / Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : ____/____/____ Diplôme(s) obtenu(s) : _____

Nombre d'année d'expérience professionnelle : _____ Port. : ____/____/____/____

2 / Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : ____/____/____ Diplôme(s) obtenu(s) : _____

Nombre d'année d'expérience professionnelle : _____ Port. : ____/____/____/____

Signature du Responsable ou du chef d'entreprise

Cachet de l'entreprise