

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) : O oui O 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 :

O scolarisé(e)

O salarié(e)

O demandeur d'emploi

O en contrat pro (joindre copie contrat et rupture éventuelle)

O en contrat d'apprentissage (joindre copie contrat **AVEC SON NUMERO D'ENREGISTREMENT** et rupture éventuelle même si date ultérieure)

O stagiaire formation professionnelle

O autre _____

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

Oui O non O

REDUCTION DE LA DUREE DU CONTRAT : OUI O NON O

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 O GAEC O EARL O SARL O SA O SAS O EURL O
COLLECTIVITE TERRITORALE O ASSOCIATION 1901 O 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 O NON O 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 : O Oui O 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 O URSSAF O

Joindre OBLIGATOIREEMENT 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