

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 rupture éventuelle même si date ultérieure, sans les documents joints aucun contrat ne sera établi**)
- 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 : Secteur privé Secteur public (adhérent au CNFPT)

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

DATE DEBUT DE CONTRAT : ____/____/____/2023

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

Régime social : MSA <input type="checkbox"/> URSSAF <input type="checkbox"/>	Convention collective nationale applicable : (OBLIGATOIRE : Demander à votre comptable n° IDCC)
Nom de la Caisse Retraite Complémentaire de l'apprenti(e) (OBLIGATOIRE : demander à votre comptable) :	Type employeur, inscrit : <input type="checkbox"/> Chambre Agriculture <input type="checkbox"/> Chambre de Métiers <input type="checkbox"/> Secteur Public <input type="checkbox"/> CCI <input type="checkbox"/> Association

Joindre OBLIGATOIREMENT l'attestation répertoire SIRENE

Informations sur l'apprentissage : www.cfarappaca.fr

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