

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 candidatures et des disponibilités. Elles seront confirmées par courrier ou mail.

Toute modification concernant le contrat de travail, les coordonnées de l'apprenti, doit être signalée au secrétariat de l'UFA des ARCS S/A.

Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation

DOSSIER A RETOURNER A :

UFA AGRICAMPUS VAR
Les Magnanarelles BP30
83460 LES ARCS S/A
Tel: 04 98 10 41 20
Mail: apprentissage.lesarcs@agricampus.fr

(Cadre réservé à l'administration)

Date de réception : ____/____/____

VALIDE PAR L'UFA: ____/____/____

RECU POLE CONTRAT / ____/____/____

OBSERVATIONS

Le contrat doit être déposé à l'opérateur de compétence avant le début de l'exécution du contrat d'apprentissage ou, au plus tard, dans les cinq jours ouvrables qui suivent le premier jour d'exécution. 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 2023 - 2024 (à compléter avec un stylo NOIR)

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

FORMATION DEMANDEE (cadre réservé à l'administration)

CAP JP 1 an 2 ans
BAC PRO AP 1 an 2 ans 3 ans
BAC PRO CGEVV 1 an 2 ans 3 ans

Date de début du cycle formation à l'UFA : ____/____/____

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

Date de début de formation pratique chez l'employeur : ____/____/____

APPRENTI(E) :

NOM : _____ **Prénom :** _____

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

Nationalité : _____ Sexe : Garçon Fille

Adresse : _____

CP _____ VILLE _____

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

E-mail apprenti(e): _____@_____

N° sécurité sociale (NIR) de l'apprenti(e) obligatoire :

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

Père / Mère (signataire avec l'apprenti du contrat d'apprentissage)

NOM : _____ **Prénom :** _____

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

E-mail : _____@_____

Profession des parents : père _____ mère _____

SI PARENTS SEPARÉS 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 MDPH)

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 (DECA)** et rupture éventuelle même si date ultérieure)
 stagiaire de la formation professionnelle
 autre _____

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

Oui Non **Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : oui non** REDUCTION DE LA DUREE DU CONTRAT : OUI NON

Joindre la convention tripartite si nécessaire.

L'EMPLOYEUR Secteur public (adhérent au CNFPT) Secteur privé**DATE DEBUT DE CONTRAT : ____/____/____/2023**

A renseigner obligatoirement par vos soins

RAISON SOCIALE : _____

 NOM PROPRE GAEC EARL SARL SA SAS EURL
 COLLECTIVITE TERRITORIALE ASSOCIATION 1901 AUTRE : _____

Chef d'entreprise (NOM Prénom) : _____

N° SIRET : _____ CODE NAF(APE) : _____

Adresse de l'Entreprise : _____

CP _____ VILLE _____

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

E-mail : _____@_____

Effectif de l'entreprise (sauf apprenti(e)) : _____ **Utilisation MACHINES DANGEREUSES OUI NON** 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 :
 (OBLIGATOIRE : Demander à votre comptable n° IDCC)

Régime social :
 MSA URSSAF
Nom de la Caisse Retraite Complémentaire de l'apprenti(e) (OBLIGATOIRE : demander à votre comptable) : _____

Type employeur, inscrit :
 CHAMBRE AGRICULTURE CHAMBRE DES METIERS
 SECTEUR PUBLIC CCI ASSOCIATION
Joindre OBLIGATOIREMENT l'attestation répertoire SIRENE**Informations sur l'apprentissage : www.cfarappaca.fr****LE(S) MAITRE(S) D'APPRENTISSAGE**

1 / Nom : _____ Prénom : _____ Diplôme obtenu : _____

Date de naissance : ____/____/____ **Emploi occupé :** _____ **Port. :** ____/____/____/____E-mail : _____@_____ **NIR (N° SS):** _____

2 / Nom : _____ Prénom : _____ Diplôme obtenu : _____

Date de naissance : ____/____/____ **Emploi occupé :** _____ **Port. :** _____E-mail : _____@_____ **NIR (N° SS):** _____**Signature du Responsable ou du chef d'entreprise****Cachet de l'entreprise**