



**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

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.

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)*) : \_\_\_\_\_ Utilisation MACHINES DANGEUREUSES 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

|   |   |
|---|---|
| <b>Régime social :</b><br><br>MSA <input type="checkbox"/> URSSAF <input type="checkbox"/>                            | <b>Convention collective nationale applicable :</b><br><br>( <b>OBLIGATOIRE</b> : Demander à votre comptable n° IDCC)   |
| <b>Nom de la Caisse Retraite Complémentaire de l'apprenti(e)</b> ( <b>OBLIGATOIRE</b> : demander à votre comptable) : | <b>Type employeur, inscrit :</b><br><br><input type="checkbox"/> Chambre Agriculture <input type="checkbox"/> Chambre de Métiers<br><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](http://www.cfarappaca.fr)**

**LE(S) MAITRE(S) D'APPRENTISSAGE**

**1 / Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NIR (N°SS) : \_\_\_\_\_

Diplôme(s) obtenu(s) : \_\_\_\_\_ Emploi occupé : \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ Port. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**2 / Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

NIR (N°SS) : \_\_\_\_\_

Diplôme(s) obtenu(s) : \_\_\_\_\_ Emploi occupé : \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ Port. : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Signature du Responsable ou du chef d'entreprise**

**Cachet de l'entreprise**