

**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

Certificat de Spécialisation « Travaux Mécanisés de Génie Ecologie »

**Date de début du cycle formation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (réservé à l'administration)**  
**Date prévue de fin des épreuves ou examens : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (réservé à l'administration)**  
**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) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ et Portable apprenti : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Profession des parents :** père \_\_\_\_\_ mère \_\_\_\_\_

E-mail apprenti : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**N° sécurité sociale (NIR) de l'apprenti ou du responsable légal pour les - de 16 ans obligatoire :**

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**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 : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**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 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

<b>Régime social :</b>  MSA <input type="checkbox"/> URSSAF <input type="checkbox"/>	<b>Convention collective nationale applicable :</b>  ( <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>  <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](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**