

SI PARENTS SEPARES uniquement si apprenti(e) mineur(e) :

Père / Mère

NOM :**Prénom :****Adresse :**

CP _____ VILLE _____

Téléphone (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 :**

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 _____Reconnaissance Travailleur Handicapé (RQTH) : Oui NON (si oui fournir justificatif MDPH)

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 (si oui joindre une attestation sur l'honneur attestant la création ou la reprise d'une entreprise suite à l'obtention du diplôme)**A compléter par l'UFA :****REDUCTION DE LA DUREE DU CONTRAT :** Oui NON

Joindre la convention tripartite signée par toutes les parties avec le temps de réduction (mois)

L'EMPLOYEUR Secteur public (adhérent au CNFPT) Secteur privé**DATE DEBUT DE CONTRAT :** _____ / _____ / **2024**

A renseigner obligatoirement par vos soins

RAISON SOCIALE : _____

NOM PROPRE <input type="checkbox"/>	GAEC <input type="checkbox"/>	EARL <input type="checkbox"/>	SARL <input type="checkbox"/>	SA <input type="checkbox"/>	SAS <input type="checkbox"/>	EURL <input type="checkbox"/>
COLLECTIVITE TERRITORIALE <input type="checkbox"/>			ASSOCIATION 1901 <input type="checkbox"/>			AUTRE : _____

Chef d'entreprise (NOM Prénom) : _____**N° SIRET :** _____ **CODE NAF(APE) :** _____

Adresse de l'Entreprise : _____

CP _____ VILLE _____

Téléphone : ____/____/____/____ 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 :**
O CHAMBRE AGRICULTURE CHAMBRE DES METIERS
O SECTEUR PUBLIC O CCI O ASSOCIATION**Joindre OBLIGATOIUREMENT l'attestation répertoire SIRENE
Informations sur l'apprentissage : www.cfarappaca.fr**

LE(S) MAITRE(S) D'APPRENTISSAGE (tous les champs sont obligatoires)

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**

Procédure signature électronique :

Le contrat d'apprentissage et la convention de formation seront envoyés par mail pour signature électronique.

Expéditeur : cloud@sellandsign.com

Objet : CFA RAP PACA demande de signature.

Etapes à suivre :

- Cliquer sur « lire et signer le document »
- Cocher la case « conditions générales de signature » (un code vous est immédiatement envoyé sur votre téléphone portable et une fenêtre OTP s'affiche)
- Saisir le code reçu
- Cliquer sur « signer »
- Votre signature est validée et votre document est signé !

⚠ Procédure à effectuer 2 fois par l'employeur (contrat d'apprentissage + convention de formation)

Les documents définitifs vous seront retournés par mail une fois visés par toutes les parties (Apprenti, Responsable légal le cas échéant, Employeur, CFA RAP PACA)

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.

Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation

DOSSIER A RETOURNER A :

UFA AGRICAMPUS VAR

Les Magnanarelles BP 65

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 2024 - 2025

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

FORMATION DEMANDEE (cadre réservé à l'administration)

CAP JP	o 1 an	o 2 ans
BAC PRO GGEVV	o 1 an	o 2 ans o 3 ans
BAC PRO AP	o 1 an	o 2 ans o 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 _____