

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 :

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 ☐ GAEC ☐ EARL ☐ SARL ☐ SA ☐ SAS ☐ EURL ☐

COLLECTIVTE TERRITORALE ☐ ASSOCIATION 1901 ☐ AUTRE :

Chef d'entreprise (NOM Prénom) : _____

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

Adresse de l'Entreprise : _____

CP _____ VILLE _____

(Domicile) : ____/____/____/____/____ 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 ☐

<div><div>Convention collective nationale applicable :</div><div>(OBLIGATOIRE : Demander à votre comptable n° IDCC)</div></div>	<div><div>Régime social :</div><div>MSA <input type="radio"/> URSSAF <input type="radio"/></div></div>
<div><div>Nom de la Caisse Retraite Complémentaire de l'apprenti(e)</div><div>(OBLIGATOIRE : demander à votre comptable) :</div></div>	<div><div>Type employeur, inscrit :</div><div><div><input type="radio"/> CHAMBRE AGRICULTURE <input type="radio"/> CHAMBRE DES METIERS</div><div><input type="radio"/> SECTEUR PUBLIC <input type="radio"/> CCI <input type="radio"/> ASSOCIATION</div></div></div>

Joindre OBLIGATOIREMENT 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	<input type="radio"/> 1 an	<input type="radio"/> 2 ans	
BAC PRO GGEVV	<input type="radio"/> 1 an	<input type="radio"/> 2 ans	<input type="radio"/> 3 ans
BAC PRO AP	<input type="radio"/> 1 an	<input type="radio"/> 2 ans	<input type="radio"/> 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 _____