

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 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 : _____

Situation avant le contrat d'apprentissage :

- 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) 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 signée par toutes les parties avec le temps de réduction.

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 : ____/____/____/2025

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

Régime social : MSA <input type="checkbox"/> URSSAF <input type="checkbox"/>	Convention collective nationale applicable : (OBLIGATOIRE : Demander à votre comptable n° IDCC)
Nom de la Caisse Retraite Complémentaire de l'apprenti(e) (OBLIGATOIRE : demander à votre comptable) :	Type employeur, inscrit : <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

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

1 / Nom : _____ **Prénom :** _____ Date de naissance : ____/____/____

Diplôme(s) obtenu(s) : _____

Nombre d'années d'expérience : _____ Emploi occupé : _____

E-MAIL _____@_____ Port. : ____/____/____/____/____

2 / Nom : _____ **Prénom :** _____ Date de naissance : ____/____/____

Diplôme(s) obtenu(s) : _____

Nombre d'années d'expérience : _____ Emploi occupé : _____

E-MAIL _____@_____ Port. : ____/____/____/____/____

Signature du Responsable ou du chef d'entreprise

Cachet de l'entreprise