

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 PAR COURRIER UNIQUEMENT.**

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 et au CFA-RAP PACA

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.

Etapas 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)



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 « Arboriste Elagueur »

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 : _____

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 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

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