

DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION PAR APPRENTISSAGE ANNEE 20.... / 20....

- CAPA Option
- Bac Pro Option
- BTSA Option
- BP Responsable d'Entreprise Agricole

PHOTO D'IDENTITE
OBLIGATOIRE

IDENTIFICATION DE L'APPRENTI

NOM :

Prénoms :

Né(e) le à :

N° du département

N° INE (obligatoire, à demander au collège ou au rectorat)

Nationalité :

Adresse :

Code postal Ville

Adresse mail :

Tél fixe : Tél portable de l'apprenti :

N° Assuré(e) Social(e) :

Régime d'Assurance Sociale :

Informations nécessaires pour lui fournir son premier équipement :

Pointure chaussures Taille pantalon Taille T-Shirt

L'apprenti -a t-il un ordinateur ou une tablette et une connexion internet ? Oui Non

Régime de l'apprenti : interne ½ pensionnaire externe
(fournir chèque de caution de 300€ si interne)

Etablissement Public Local d'Enseignement et de Formation Professionnelle Agricoles

Centre de Formation d'Apprentis Agricoles (CFAA)

Route de Levie – 20100 SARTENE

Tél CFAA/CFPPA : 04 95 77 06 42

Fax : 04 95 73 46 33

Courriel : CFAA : cfa.sartene@educagri.fr

Dernier établissement scolaire fréquenté :
Adresse :
Code postal Ville.....

Dernière classe fréquentée
Diplôme obtenu :

Situation avant la signature du contrat :

- Scolaire
- Stagiaire de formation professionnelle
- Contrat d'apprentissage
- Salarié si oui depuis
- Demandeur d'emploi si oui depuis
- Autre :

Reconnaissance d'un handicap : oui non
si oui joindre la décision

Suivi CAP EMPLOI oui non
Suivi spécifique éducatif oui non

Si oui ,
Nom de la structure.....
N° de téléphone
Nom du référent
N° Téléphone.....

IDENTIFICATION DU RESPONSABLE LEGAL DE L'APPRENTI
(à remplir même si l'apprenti est majeur)

Père Mère Tuteur légal

NOM :

Prénoms :

Adresse :
.....
Code postal Ville

Adresse mail :

Tél fixe : Tél portable: Tél professionnel :

Profession

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

NOM : de l'entreprise

Adresse :

Code postal Ville

Téléphone professionnel :

Fax.....

Email :

Nombre de salariés dans l'entreprise :

Activités principales de l'entreprise :

N° Siret.....

Caisse de retraite de l'apprenti : M.S.A Autre :

Utilisation de machines dangereuses ? Oui Non

Si oui lesquelles ?

Nom du maître d'apprentissage

Date de naissance.....

Téléphone personnel

Diplôme obtenu dans le secteur d'activité:

Nombre d'années d'expérience Professionnelle :

Pièces à Fournir

Dossiers d'Admission et d'Examen

- Dossier de candidature complété avec :**
 - photocopie carte d'identité ou copie livret de famille ou passeport
 - 2 photos d'identité récentes de l'apprenti
 - certificat de scolarité du dernier établissement fréquenté (**EXEAT**)
 - attestation de recensement et/ou de participation à l'appel de préparation à la défense
 - copie des diplômes obtenus ou relevé de notes

- L'autorisation de traitement médical et d'intervention chirurgicale** (annexe 1 – ci-après)

- La fiche de santé** (annexe 2 – ci-après)

- Certificat d'Aptitude au travail** (annexe 3 – ci-après)

- Autorisation de droits à l'image** (annexe 4 – ci-après)

- Photocopie des pages du carnet de vaccination** (BCG, DT Polio, anti tétanique (rappel de moins de 5 ans)

- Le certificat d'aptitude médical d'embauche**, ci-joint (accompagné de la demande de Dérogation si utilisation de machines pour les mineurs) (annexe 3 du dossier)
Prendre rendez-vous avec la médecine du travail dont vous dépendez.

- Déclaration d'assurance responsabilité civile**

- Un chèque de 8 €** (non obligatoire) pour l'**ALESA** (association des élèves) à l'ordre de l'**ALESA**

- Chèque de caution pour l'internat 300€**

DOCUMENTS A DEMANDER A L'ENTREPRISE :

- Copie des diplômes et attestations expériences professionnelles du maître d'apprentissage** (attestation MSA, ou autre)
- RIB de l'employeur**
- Déclaration d'utilisation du matériel dangereux** (apprenti de moins de 18 ans) voir annexe 4

Tout dossier incomplet ne permettra pas l'inscription à l'examen

AUTORISATION DE TRAITEMENT MEDICAL ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE

(Annexe 1)

Je soussigné(e)père, mère, tuteur légal, élève majeur **(1)**

Adresse complète

Code postalVille.....

Téléphone fixePortable

Adresse e-mail

Nom et Prénoms de l'apprenti

Date et lieu de naissance.....

Groupe sanguin

Interne, ½ pensionnaire, externe (1) au **CFAA DE SARTENE**

ClasseAnnée

Nom du médecin de familleTéléphone

Autorise l'administration de l'établissement à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par le médecin ou SAMU et à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence (y compris l'anesthésie) ou pour une hospitalisation **(2)**

Souhaiterais, toutefois dans la mesure du possible **(2)**

1) que mon enfant soit admis à l'hôpital ou là la clinique

AdresseTél.....

2) que l'on fasse appel au chirurgien : M.....

AdresseTél

Je laisse l'administration de l'établissement libre de choisir le chirurgien et l'hôpital (2)

Je m'engage à régler moi-même les honoraires et frais engagés.

Ale

Signature du responsable légal ou de l'apprenti majeur

IMPORTANT

Si vous n'avez pas personnellement le téléphone, à quels numéros peut-on vous appeler ?

Nom de la personne (voisin).....Tél

Nom de la personne (lieu de travail).....Tél.....

Personne à contacter en cas d'urgence :

NomTél

Adresse

N° d'immatriculation du responsable légal ou de l'apprenti majeur

Sécurité sociale :

M.S.A. :

Assurance complémentaire chirurgicale :

Nom de la Caisse ou de la Mutuelle

N° d'immatriculation

(1) rayer les mentions inutiles

(2) cocher la case de votre choix

FICHE DE SANTE

(Annexe 2)

Ce document confidentiel, à remplir dans l'intérêt de l'apprenti, est à joindre au dossier sous pli cacheté à l'attention du coordonnateur de formation.

Nom de l'apprenti.....**Prénom**.....

Né(e) le

Maladie de l'enfance (dates)

- coqueluche
- oreillons
- rougeole

- rubéole
- scarlatine
- varicelle

Autres maladies

-
-

Accidents

-
-

L'apprenti a-t-il subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? Oui Non

Si oui lesquelles et à quelles dates ?

L'apprenti est-il atteint d'une maladie nécessitant un traitement spécial ? Indiquer les traitements.

- Albuminurie
- Diabète
- Asthme
- Eczéma
- Perte de connaissance
- Epilepsie
- Cardiopathie
- Rhumatisme articulaire aigu
- Hépatite virale
- Autre

Autres traitements en cours

.....

Réactions allergiques médicamenteuses ou alimentaires (donner des renseignements précis)

.....

La pratique de certains sports est-elle interdite au candidat ? Oui Non

Si oui lesquels ?.....

Observations particulières

.....

Fait àle.....

Signature du responsable légal ou de l'apprenti majeur

Rappel important : en cas de traitement médical à suivre dans l'établissement, les médicaments seront remis à la vie scolaire avec un duplicata de l'ordonnance.

**CERTIFICAT D'APTITUDE
MEDECINE DU TRAVAIL
(Annexe 3)**

Document à fournir au médecin lors de la visite d'embauche

Je soussigné(e),....., Médecin du Travail, certifie que :

Nom.....Prénoms.....

Né(e) leà.....

Employeur.....

Poste de travail.....

A subi l'examen suivant :

- Embauche
- Autorisation de travail sur machines dangereuses ou travaux dangereux afférents à la demande de dérogation
- Autorisation à la pratique des activités équestres (uniquement pour les CAPA SE)

Conclusion : **Apte** oui non

Fait à.....Le.....

Signature et cachet du médecin

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

(Annexe 4)

Je soussigné,

Demeurant à.....

Autorise le **CFAA de Sartène**

A me photographier et à utiliser mon image.

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, **j'autorise le CFAA de Sartène à fixer, reproduire et communiquer au public les photographies prises dans le cadre de la présente.**

Les photographies pourront être exploitées et utilisées directement par le CFAA de Sartène, sous toute formes et tous supports connus et inconnus à ce jour, dans le monde entier, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment :

- ✓ Presse
- ✓ Livre
- ✓ Carte postale
- ✓ Exposition
- ✓ Publicité
- ✓ Projection publique
- ✓ Concours
- ✓ Autres

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation et d'utiliser les photographies de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou toute autre exploitation préjudiciable.

Je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que je ne suis pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

Fait à, le20.....

Nom et prénom de la personne photographiée.....

Signature

Nom et prénom du représentant légal pour les mineurs

Signature

La Directrice du CFAA

Murielle LEROY