



PHOTO D'IDENTITE OBLIGATOIRE

DOSSIER DE CANDIDATURE FORMATION PAR APPRENTISSAGE ANNEE 201. / 201.

- Checkboxes for CAPA Métiers de l'Agriculture, CAPA Jardinier Paysagiste, BTSA Gestion Forestière, CAPA Travaux Forestier, CAPA Palefrenier soigneur, BP Responsable d'Exploitation Agricole, and AUTRE.

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 :

Situation de famille : Célibataire Marié Autre

N° Assuré(e) Social(e) :

Régime d'Assurance Sociale :

Pointure chaussure Taille pantalon Taille T Shirt

Régime de l'apprenti : interne 1/2 pensionnaire externe



Dernier établissement scolaire fréquenté :
Adresse.....

Code postal Ville.....

Dernière classe fréquentée
Diplôme obtenu :

Situation avant la signature du contrat * :

- | | | |
|--|--------------------------|---------------------|
| Scolaire | <input type="checkbox"/> | |
| Stagiaire de formation professionnelle | <input type="checkbox"/> | |
| Contrat d'apprentissage | <input type="checkbox"/> | |
| Salarié | <input type="checkbox"/> | Si oui depuis |
| Demandeur d'emploi | <input type="checkbox"/> | Si oui depuis |
| Autre | <input type="checkbox"/> | |

DOCUMENTS A FOURNIR POUR LES DOSSIERS :
D'ADMISSION et D'EXAMEN

Dossier de candidature 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 du dossier)

La fiche de santé (annexe 2 du dossier)

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) libellé à l'ordre de **l'ALESA**

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

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

Père

Mère

Tuteur légal

NOM :

Prénom :

Adresse :

Code postal Ville

Téléphone fixe : Portable

Adresse e mail

Téléphone professionnel :

Profession

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES SUR L'APPRENTI

- 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
- Personne référent
- N° Téléphone.....

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 **Oui** **Non**

Autre laquelle

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:

.....

Etablissement Public Local d'Enseignement et de Formation Professionnelle Agricoles

Centre de formation d'apprentis (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

AUTORISATION DE TRAITEMENT MEDICAL ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE
(annexe 1)

Je soussigné(e)père, mère, tuteur légal, élève majeur (1)
Adresse complète
Code postal Ville.....
Téléphone fixe Portable
Adresse e mail

Nom et prénom de l'apprenti
Date de naissance.....
Groupe sanguin
Interne, 1/2 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 à 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 | - rubéole |
| - oreillons | - scarlatine |
| - rougeole | - varicelle |

Autres maladies

-
-

Accidents

-
-

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

Si oui lesquelles ? (dates)
.....

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

- albuminurie
- diabète
- asthme
- eczéma
- perte de connaissance
- épilepsie
- 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,....., Médecin du Travail, certifie que :

NomPrénom

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

Etablissement Public Local d'Enseignement et de Formation Professionnelle Agricoles

Centre de formation d'apprentis (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

