









Dossier d'entrée

Année Scolaire :
Formation:
Nom – Prénom de l'apprenti :

Date de retour pour le 15 juillet 2024

Informations

CFA: Formations apprentis



Accueil 05 55 81 48 91



Secrétariat :

Mme GRANDET Stéphanie 05 55 81 48 93



CFPPA: Formations adulte



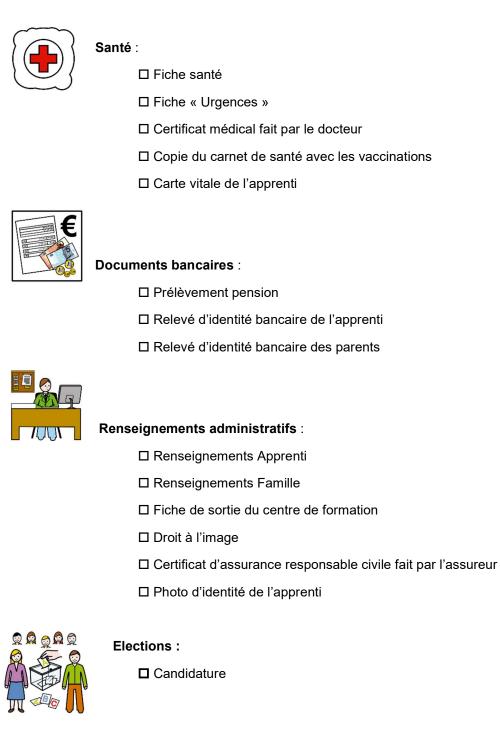
Accueil 05 55 81 48 90



🚟 cfppa.ahun@educagri.fr



Liste des documents pour le dossier d'entrée :





Contrat d'apprentissage :

- ☐ Contrat d'apprentissage
- ☐ Convention de formation
- ☐ Informations sur le lieu de travail
- ☐ Informations sur les personnes qui accompagnent le jeune



Contrat d'apprentissage

Informations sur le lieu de travail









Informations sur les personnes qui accompagnent le jeune



Contrat d'apprentissage (art. L6211-1 et suivants du code du travail)



(Lire ATTENTIVEMENT la notice Cerfa avant de remplir ce document)

N° 10103*10

L'EMPLOYEUR	employeur privé	employeur « public »*
Nom et prénom ou dénomination :		N°SIRET de l'établissement d'exécution du contrat :
Adresse de l'établissement d'exécution du	u contrat :	Type d'employeur :
N°: Voie:		Employeur spécifique :
Complément :		Code activité de l'entreprise (NAF) : 🔲 🔲 🔲
Code postal :	E	Effectif total salariés de l'entreprise :
Commune :		
Téléphone :	(Code IDCC de la convention collective applicable :
Courriel:		
*Pour les employeurs du secteur public, adhési	on de l'apprenti au r	régime spécifique d'assurance chômage :
	L'APPRE	NTI(E)
Nom de naissance de l'apprenti(e) :		
Nom d'usage : Le premier prénom de l'apprenti(e) selo	on l'état civil :	
NIR de l'apprenti(e) :		Date de naissance : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐ ☐
Adresse de l'apprenti(e) :		Sexe: M F
N° Voie :		Département de naissance :
Complément :		Commune de naissance :
Code postal :		
Commune :		Nationalité : Régime social :
Téléphone :	[Déclare être inscrit sur la liste des sportifs de haut
Courriel:		niveau : oui non
Benefacetent lével ()		Déclare bénéficier de la reconnaissance travailleur
Représentant légal (à renseigner si l'apprenti es émancipé)		nandicapé : oui non Situation avant ce contrat :
Nom de naissance et prénom :		
Adresse du représentant légal :		Dernier diplôme ou titre préparé :
N° Voie :		Dernière classe / année suivie :
Complément :		Intitulé précis du dernier diplôme ou titre préparé :
Code postal :		Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :
Commune :		sipiomo da titro lo pido diovo distoria .
Courriel:		Déclare avoir un projet de création ou de reprise
@		d'entreprise : oui non
LE	MAÎTRE D'API	PRENTISSAGE
Maître d'apprentissage n°1 Nom de naissance :		Maître d'apprentissage n°2 Nom de naissance :
Prénom :		Prénom :
Date de naissance : NIR :	1	Date de naissance : Della Dell
Courriel: @		Courriel: @@
Emploi occupé :		Emploi occupé :

Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :	Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :		
Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :	Niveau de diplôme ou titre le plus élevé obtenu :		
	age répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.		
	NTRAT		
Type de contrat ou d'avenant :	Type de dérogation : a renseigner si une dérogation		
Numéro du contrat précédent ou du contrat sur lequel p Date de conclusion : Date de début d'exé (Date de signatures du présent contrat) contrat :			
Si avenant, date d'effet : 🔲 📗 / 🗎 📗 📗	Durée hebdomadaire du travail :		
Date de fin du contrat ou de la période d'apprentissage :	heures minutes		
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des	risques particuliers : 🗌 oui 📉 non		
Rémunération	* Indiquer SMIC ou SMC (salaire minimum conventionnel)		
1º année, du 🔠 💮 au 💮 💮 : 🤲 % du 🖂			
2 ^{ème} année, du au : % du 3 ^{ème} année, du au : % du	*; du		
4èmeannée, du au : % du : % du	*; du au*		
Salaire brut mensuel à l'embauche :	Caisse de retraite complémentaire :		
Avantages en nature, le cas échéant : Nourriture :	€ / repas Logement : ,		
CFA d'entreprise : oui non	Diplôme ou titre visé par l'apprenti :		
Dénomination du CFA responsable :	Intitulé précis :		
N° UAI du CFA : N° SIRET CFA : Adresse du CFA responsable : N° Voie :	Code du diplôme : Code RNCP : Organisation de la formation en CFA : Date de début de formation en CFA :		
Complément :			
Code postal :	Date prévue de fin des épreuves ou examens :		
Commune :	Durée de la formation : heures		
Si le CFA responsable est le lieu de formation principal cochez la case ci-contre	Lieu principal de réalisation de la formation si différent du CFA responsable : Dénomination du lieu de formation principal :		
Visa du CFA (cachet et signature du directeur) :	N° UAI : N° SIRET : Adresse du lieu de formation principal : N° Voie :		
	Complément :		
	Code postal :		
	Commune :		
L'employeur atteste disposer de l'ensemble des pièces justi Fait à : Signature de l'employeur Signature de l'app	Signature du représentant légal		
	N CHARGE DU DÉPÔT DU CONTRAT		
Nom de l'organisme :	N° SIRET de l'organisme :		
Date de réception du dossier complet :	Date de la décision :		
Date de reception de dossier complet.			
N° de dépôt :	Numéro d'avenant :		



Donner des informations sur votre lieu de travail :









Nom du lieu de travail :	
Nom – Prénom du patron :	
Votre adresse complète :	38000 GBENOBLE
	Mme DUPONT
	Ecole Azurlingua 47 ruerre invened 47 ruer Hérold 06000 NICE CEDEX
Téléphone :	
Adresse mail :	



Informations des personnes qui accompagnent l'apprenti sur son lieu de travail.

1 - Nom – Prénom de la personne :
Date de naissance :
Téléphone :
2 - Nom – Prénom de la personne :
Date de naissance :
Téléphone :
La personne a-t-elle déjà formé un jeune avant vous :
□ oui
Quelle formation suivait l'apprenti :
□ non
La personne souhaite que le centre de formation l'aide dans sa mission



Renseignements administratifs

Renseignements Apprenti	affection of the control of the
	RÉPUBLIQUE FRANÇAISE CARTE NATIONALE D'IDENTITÉ / IDENTITÉ / ARD
Nom de famille :	CHEVALLIER SPECIMENT
Prénom :	Pricons (Over names Gisèle, Audrey
	SEXE / Sex MATIONALITE / Nationally DATE DE MAISS, / Date of birth 01 04 1995
	BORDEAUX NOMOUBAGE Ademate name vve. DUBOIS
	NTOLDOCUMENT Document No. T7X62TZ79 DATE DEXPRIZE YEARY SAME 27 01 2031
	Signature 240220
Date de naissance :	
Lieu de naissance :	
Département de naissance :	
Pays de naissance :	
. ayo ao naissanso i minininininininininininininininininin	
Nationalité :	
_ Française	
Autre, laquelle :	
	Mme. DUPONT
Votre adresse complète :	
•	
	École Azurlingua
	M. Pierre IMBERT 47 rue Hérold
	06000 NICE CEDEX 1
)	
Votre adresse mail :	
Votre dernier établissement est :	
volle defiller etablisselliefft est.	
Nom de l'établissement:	

Ad	resse de l'établissement:
De	rnière classe suivie
	Troisième
	Seconde
	Première
	Terminale
	Certificat Aptitude Professionnel
	Brevet Professionnel
	Autre :
De	rnier diplôme obtenu
	Brevet des collèges
	Certificat de fin d'études générales
	Certificat Aptitude Professionnel
	Brevet professionnel agricole
	Baccalauréat
	Brevet Technicien Supérieur
	Licence
	Autres:

Repas et logement
Vous allez être :
Externe :
Pas de repas au self
Pas de chambre à l'internat
Demi pensionnaire :
Repas au self le midi
Pas de chambre à l'internat
Interne :
Repas au self matin, midi et soir
Chambre à l'internat
Ce choix est pour l'année scolaire.
Tout changement doit être demandé à la vie scolaire.



Renseignements Famille

Parent responsable de l'apprenti

☐ Parent 1 (père ou mère)	
Nom :	
Prénom :	
Votre adresse complète :	TVOQUO .emM
	École Azurlingua M. Pierre IMBERT 47 n.e. Hérold 0600 NICE CEDEX 1
Votre téléphone :	
Votre adresse mail : Votre métier :	
Nom de l'employeur :	
Téléphone :	
□ Parent 2 (père ou mère) Nom :	
Prénom :	

	Votre adresse complète :	TWORU Jamm
	voire adresse complete.	
		École Azurlingua M. Pie e IMBERT 42 de Hérold
		15000 NICE CEDEX 1
© [Votre téléphone :	
	Votre adresse mail :	
	Votre métier :	
	Nom de l'employeur :	
	Téléphone :	
	☐ Autre (famille d'accueil, ACEU, autre tuteur)	
	Nom :	
	Prénom :	Mme. DUPONT
	Votre adresse complète :	
		M. Pière IMBERT 47 rue Hérold 06000 NICE CEDEX 1
O [Votre téléphone :	
	◯────────────────────────────────────	

	Vot	re métier :
	Nor	n de l'employeur :
<u>ي</u> []	Téléphone :
	Les	parents de l'apprenti sont :
		Marié(e)s
		Séparé(e)s
		Divorcé(e)s
	_	Célibataire
	Les	s parents sont séparés ou divorcés.
	Les	courriers sont envoyés à :
		Père
		Mère
		Père et mère

Nous donner le document du tribunal.

Fiche de sortie du centre de formation



Nom et prénom de l'apprenti :		
Formation :		
Le responsable de l'apprenti		
☐ Autorise l'apprenti à sortir du centre de formation en accord avec le règlement intérieur non accompagné, et sans surveillance.		
□ N'autorise pas l'apprenti à sortir du centre de formation en accord avec les conditions du règlement intérieur non accompagné, et sans surveillance.		
☐ Autorise l'apprenti à participer à des sorties culturelles et sportives en dehors des heures de cours.		
■ N'autorise pas l'apprenti à participer à des sorties culturelles et sportives en dehors des heures de cours.		
L'apprenti est		
□ Autorisé à quitter le centre de formation pour rentrer chez		
∘ Parent 1 (père ou mère)		
○ Parent 2 (père ou mère)		
○ Son tuteur légal		
o Autre personne nommée ci-après :		
Nom de la personne :		
Lieu:		
Son téléphone :		

	No	m de la personne :
	Lie	u :
0		Son téléphone :
	si f	in de cours avant 17h30.
		N'est pas autorisé à quitter le centre de formation pour rentrer chez
		○ Parent 1 (père ou mère)
		○ Parent 2 (père ou mère)
		○ Son tuteur légal
		Autre personne nommée
	si f	in de cours avant 17h30.
		Est autorisé à utiliser :
		○ Son vélo
		○ Son scooter
		○ Sa moto
		○ Sa voiture sans permis
	pot	ur venir au centre de formation.
		centre de formation n'est pas responsable des dégâts qui peuvent être fait sur le nicule de l'apprenti.
		N'est pas autorisé à utiliser :
		○ Son vélo
		○ Son scooter
		○ Sa moto
		○ Sa voiture sans permis

pour venir au centre de formation.

Vous avez 18 ans et plus

Vous utilisez votre voiture pour venir au centre de foi	rmation.
Vous devez nous donner le numéro d'immatriculation	n de votre voiture :
Vous devez stationner sur le lieu réservé à cette utilis	sation.
Le centre de formation n'est pas responsable des dé véhicule.	egâts qui peuvent être fait sur votre
Fait à :	
Le :	
Signature de l'apprenti :	Signature du responsable légal









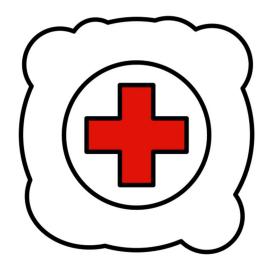


DROIT A L'IMAGE

Vous êtes :	
NOM:	
PRENOM:	
Vous avez :	
☐ Moins 18 ans	
□ 18 ans et plus	
Vous autorisez le CFA :	
À reproduire et diffuser votre image (vid cadre de ma formation pour communique	,
À conserver votre image pour une durée	e illimitée.
Vous pouvez changer d'avis à tout moment, se CFA d'Ahun.	ur simple demande écrite au
Votre image (vidéo ou photo) est utilisée unique communication sur la formation.	uement pour les supports de
Fait àLe	
Signature de l'apprenti	Signature du représentant légal







Dossier santé

Pour faciliter votre accueil,		
Vous êtes en situation de handic	ар.	
Votre handicap est :		
Moteur	E	
☐ Visuel		
☐ Auditif		
☐ Intellectuel		
Votre numéro de carte vitale:		Vitale carte d'assurance maladie émise le 01/01/2007 NATHALIE 2 69 05) 588 157 80 SPECIMEN



Fiche santé

Nom et prénom de l'apprenti :		
Formation :		
Cocher les maladies que vous avez eu. Quand vous étiez enfant. Noter la date.		
□ Coqueluche – Date :		
□ Oreillons – Date :		
□ Rougeole – Date :		
□ Rubéole – Date :		
□ Scarlatine - Date :		
□ Varicelle – Date :		
Vous avez eu un accident ? Et vous avez été hospitalisé.		
□ Oui		
Noter la date :		
Nature de l'accident :		
□ Non		
Avez-vous été opéré(e). □ Oui		
Nom des opérations.		

Date des opérations.	
Date	e:
□ Non	
Souffrez-vous d'une maladie.	
□ Oui □ Non	
Prenez -vous des médicaments.	
□ Oui	
Lesquels:	
Les médicaments doivent être donnés à l'infirme photocopie de l'ordonnance.	
□ Non	
Avez-vous des allergies :	
□ Oui	
Lesquelles :	
□Non	

Pour la pratique sportive au centre de formation d'apprentis, vous devez nous donner un certificat médical signé du docteur

Avez-vous des informations à communiquer à l'infirmière du centre de formation		
Fait à :		
Le :		
Signature de l'apprenti :	Signature du responsable légal	

Fiche « Urgences »



<i>-</i> 7 *	Nom et prénom de l'apprenti :			
Fo	Formation :			
Vo	us:			
0	Parent 1 (père ou mère)			
	Parent 2 (père ou mère)			
	Autre (famille d'accueil, ACEU, autre tuteur)			
	Apprenti majeur	ww		
Vo	tre adresse complète :			
	É. S. Azurlingua M. Pière IMBERT 47 rue Hérold 06000 NICE CEDEX 1			
O	Votre téléphone :			
	Autorise le centre de formation à appeler un médecin.			
	Si l'apprenti est malade.			
	N'autorise pas le centre de formation à appeler un médecin.			
	Si l'apprenti est malade.			
	Autorise le centre de formation à hospitaliser l'apprenti en cas d'accident.			
0	N'autorise pas le centre de formation à hospitaliser l'apprenti en cas d'accident.			
ope	Autorise le centre de formation à prendre toutes les décisions nécessaires pour une ération, y compris l'anesthésie.			

une	N'autorise pas le centre de formation à prendre toutes les décisions nécessaires pour e opération, y compris l'anesthésie.	
Une	e anesthésie est l'action d'endormir la personne pour la soigner.	
L'a	pprenti doit être amené dans un centre d'urgences.	
	Vous souhaitez que l'apprenti soit amené à l'hôpital.	
Nor	m de l'hôpital	
Adr	resse :	
	Vous ne souhaitez pas que l'apprenti soit amené à l'hôpital.	
	Vous souhaitez que l'apprenti soit amené à la clinique.	
Nor	m de la clinique	
Adresse:		
	Vous ne souhaitez pas que l'apprenti soit amené à la clinique.	
	Vous laissez le centre de formation choisir l'hôpital ou la clinique. Les fais médicaux sont à votre charge.	
Fai	t à :	
Le	<u>:</u>	
Sig	nature de l'apprenti : Signature du responsable légal	

A NOTER

		r les personnes à contacter :
3	П	de la personne :
	Nom	de la personne :
0		Son téléphone :
		éro de carte vitale du parent ou de l'apprenti: Vitale Carte d'assurance maladie Oniso le 01/01/2007 Oniso le 01/01/2007
	Nom	de votre mutuelle :
	Nume	éro du contrat mutuelle :



Documents bancaires



Documents bancaires

Nom et prénom de l'apprenti :			
Formation :			
L'apprenti est demi-pe	ensionnaire.		
L'apprenti est interne.			
Vous pouvez payer les repas et les nuits :			
☐ sur le site internet a « paiement en ligne »	ahun.educagri.fr		
l _P	EANO EN Ana Salgade CANTIDAD 12.000€ FIRMA firma		





□ par prélèvement.

Un prélèvement est un retrait automatique sur votre compte bancaire vers le service financier du centre de formation.











Le prélèvement est effectué le 10 de chaque mois ou par trimestre.

Un trimestre = 3 mois.

Il commence de novembre à juin.

Il peut être modifié si augmentation du prix du repas et de la nuit.

Un calendrier avec la date du retrait sur votre compte vous sera donné.

Après 2 refus de retrait sur votre compte bancaire = le prélèvement sera supprimé.

Pour pouvoir bénéficier du prélèvement :

- Remplir le coupon qui suit.
- Donner votre relevé d'identité bancaire.
 Relevé d'identité bancaire = document avec votre numéro de votre compte bancaire.
- Remplir l'autorisation de prélèvement.

Coupon à retourner	
Nom et prénom de l'apprenti :	
Formation :	
Nom et prénom du titulaire du compte	
Adresse :	
□ Prélèvement par mois	
□ Prélèvement par trimestre	
Fait àLe	
Signature de l'apprenti	Signature du représentant légal





MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :			
THE ST WAITING .			
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'Agent Compta envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compt votre compte conformément aux instructions de l'Agent Comptable of	te, et (B) votre banque à débiter		
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque seloi convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remb - dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour	n les conditions décrites dans la		
DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER		
Nom, prénom :	AGENCE COMPTABLE		
Adresse :			
Code postal :	E.P.L.E.F.P.A. D'Ahun Le Chaussadis		
Ville :			
Pays:	23150 AHUN Pays : FRANCE		
DESIGNATION DU	COMPTE A DEBITER		
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)		
I B A N			
Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif X Paiement ponctuel			
Signé à :	à : Signature :		
Le (JJ/MM/AAAA) :	Olgifature .		
DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE F ET LE CAS ECHEANT) :	PAIFMENT EST ESECCTUS (SI DISCERDANT ALL DATA		
	VICINETAL COL CLIEGIOS (SI DIPPERENT DO DERILEAS FOI-WEWE		
Nom du tiers débiteur :			
JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)			

Rappel:

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par Agent Comptable Lycée agricole d'Ahun. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec l'Agent Comptable Lycée agricole Ahun.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'Informatique, aux fichiers et aux libertés.



Elections



Elections

Vous êtes père ou mère d'un apprenti.

Vous pouvez être représentant des parents dans notre centre de formation.

Un représentant des parents est une personne qui parle pour les autres parents.

Un représentant peut participer :

Au bilan semestriel de formation.
 Un bilan semestriel de formation est une réunion où se retrouvent les formateurs, les apprentis et les patrons.
 Il se réunit tous les 6 mois.

- Au Conseil de perfectionnement du centre de formation d'apprentis.
 Le Conseil de perfectionnement est une réunion où se retrouvent toutes les personnes qui travaillent pour l'apprentissage.
 Il se réunit 2 fois par an.
- Au Conseil d'administration de l'établissement public local d'enseignement et de formation professionnelle agricole.
 Le conseil d'administration est une réunion où se retrouvent toutes les personnes qui travaillent sur le Lycée, le centre de formation professionnelle adulte et le centre de formation d'apprentis.
 Il se réunit 2 fois par an.

Cette mission vous intéresse.

Vous pouvez proposer votre candidature pour être représentant des parents des apprentis.

Il faut remplir le document qui suit.



Candidature

Nom du candidat :	
Prénom du candidat :	
□ Père □ Mère	
Nom et prénom de l'apprenti :	
Formation :	
Votre adresse complète :	33000 GRENOBLE MMe. DUPONT MARKOBLE
	Red to say
	École Azurlingua M. Pierre IMBER1 47 rue Hérold 06000 NICE CEDEX 1
Votre téléphone :	
☐ Veut être représentant des parents des apprentis p	our :
☐ Le conseil de perfectionnement	
☐ Le conseil d'administration	
En tant que :	
☐ Titulaire ☐ Suppléant	
☐ Ne veut pas être représentant des parents des app	rentis.
Fait à : Le :	
Signature du candidat	

Remerciements

Nous remercions Frédérique Dumontet, travailleuse à l' ESAT d'Ahun Léo Ladame, apprenti en certificat d'aptitude professionnelle Métiers de l'Agriculture pour avoir participé à la relecture de ce document facile à lire et à comprendre.



© European Easy-to-Read logo : Inclusion Europe