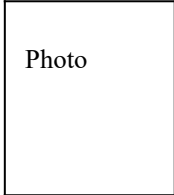



DOSSIER D'INSCRIPTION



ANNEE SCOLAIRE 20..... - 20.....

Note préalable : Remplissez le plus précisément possible ce document. C'est à partir des informations que vous nous fournirez, que nous établirons votre dossier de prise en charge (protection sociale, indemnisation, rémunération) pendant votre formation.

Formation apprentissage ou formation continue ou formation initiale

 **SERVICES :** _____

CAPa SAPVER

BAC PRO SAPAT

MCAAD

DEAES


CS Restauration Collective

 **EAU**

BP JEPS


BTSA GEMEAU

Technicien Traitement des Eaux

 **INSERTION :**

PASSERELLE

AMORCE

 **AGRICULTURE :**

CAPa MA BPA TPA BPA TAP

BAC PRO CGEA BPREA BTSA ACSE

CS : (cochez la spécialité) Porcins Bovins PPAM

CAPa Jardinier Paysagiste

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS :

NOM :
Nom de jeune fille

PRENOM :

NAISSANCE :

Date : Lieu :

Département : n° Pays :

NATIONALITE : Française Autre (précisez) :

N° SECURITE SOCIALE :

Régime général Régime agricole Autre régime :

    **Travailleur handicapé :** Oui Non

ADRESSE :

Code Postal : Ville :

Tél. : Portable E-mail :

Distance Domicile/CFA ou CFPPA AhunKms

RESPONSABILITE CIVILE : N° attestation d'assurance :

.....

RENSEIGNEMENTS DIVERS :

Hébergement au centre : oui non

Régime (à remplir uniquement par les apprentis) : interne externe demi-pensionnaire

Tout trimestre commencé sous un régime sera dû. Tout changement de régime devra faire l'objet d'une autorisation écrite au préalable et signée de la Direction du centre.

Permis de conduire : oui non

Je possède un véhicule : oui non

N° immatriculation :

ETABLISSEMENT D'ORIGINE

Dernier établissement scolaire fréquenté (adresse complète) :

.....

Code postal : Commune :

☎ N° de téléphone :

Classe : Dernier diplôme obtenu :

N° INE :(OBLIGATOIRE)

(à demander au dernier établissement fréquenté)

FORMATION INITIALE (collège, lycée, formations par apprentissage)

Dates	Nom et Adresse Etablissement	Diplôme préparé	Obtenu	
			OUI	NON
Du ___/___/___ au ___/___/___				
Du ___/___/___ au ___/___/___				
Du ___/___/___ au ___/___/___				



RENSEIGNEMENTS à compléter pour les stagiaires du CFPPA

Situation familiale : Célibataire Marié Concubin Divorcé(e) Nombre d'enfants à charge :

Situation actuelle	
<input type="checkbox"/> Salarié(e)	Employeur : <input type="checkbox"/> si CDD : du ___/___/___/ au ___/___/___/ <input type="checkbox"/> si CDI : du ___/___/___/ au ___/___/___/
<input type="checkbox"/> Non salarié(e)	Nature de l'activité : Depuis le : ___/___/___/
<input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi	Date d'inscription : ___/___/___/ N°Identifiant Pôle d'emploi : Indemnisé Pôle Emploi : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui : <input type="checkbox"/> ARE <input type="checkbox"/> fin de droits <input type="checkbox"/> Solidarité <input type="checkbox"/> Insertion
<input type="checkbox"/> RSA	Depuis le : ___/___/___/ / le perçoit : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Vécu professionnel : EMPLOIS (les stages non rémunérés ne peuvent être pris en compte en tant qu'expérience professionnelle)			
Dates	NOM et ADRESSE Employeur	Poste occupé	Type de contrat (1)
Du ___/___/___/ au ___/___/___/			
Du ___/___/___/ au ___/___/___/			
Du ___/___/___/ au ___/___/___/			
Du ___/___/___/ au ___/___/___/			
Du ___/___/___/ au ___/___/___/			

(1) Contrat d'apprentissage – Contrat professionnalisation – CDD – CDI – CIE – CES – CA – CE

Formation Professionnelle continue				
Dates	Lieu	Type de formation	Diplôme obtenu	
			Oui	Non
Du ___/___/___/ au ___/___/___/				
Du ___/___/___/ au ___/___/___/				
Du ___/___/___/ au ___/___/___/				
Du ___/___/___/ au ___/___/___/				
Du ___/___/___/				

au ____/____/____				
-------------------	--	--	--	--

Motivation de la demande

ENGAGEMENT :

Je soussigné(e) :

.....

- Certifie sur l'honneur les renseignements précisés sur ce document et pose ma candidature à l'entrée en formation intitulée :
- M'engage à payer la pension (internat – demi-pension) pendant la durée de la scolarité, conformément au tarif en vigueur. A défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement en soit poursuivi, conformément à la réglementation en vigueur
- Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'établissement (sous réserve de modifications dans le cadre du Conseil de Perfectionnement ou Conseil de Centre) et m'engage à m'y conformer.

Date et signature des parents
(si mineur)

Date et signature de l'apprenti(e)
ou du stagiaire