RESPONSABLE LÉGAL 1 *même adresse que l'apprenti mineur, cosignataire contrat d'apprentissage*

Père / Mère / Autre (précisez) : _____

NOM _____ **Prénom** _____

Tél. Domicile ___/___/___/___/___ Portable ___/___/___/___/___ Travail ___/___/___/___/___

E-mail _____ _____@_____

Profession _____ **Situation familiale :** Célibataire / Marié /Veuf /Divorcé /Pacs /Séparé

Responsable financier : ☐ **Oui** ☐ **Non**

Autorise AGRICAMPUS a diffuser des photographies, des enregistrements sonores de la voix de mon enfant et des créations réalisées par mon enfant ☐Oui ☐ Non

RESPONSABLE LÉGAL 2 *ou personne de confiance apprenti majeur*

Père / Mère / Autre (précisez) : _____

NOM _____ **Prénom** _____

Adresse : _____

CP _____ VILLE_____

Portable ___/___/___/___/___ Travail ___/___/___/___/___ Domicile ___/___/___/___/___

E-mail _____@_____

Profession _____ **Situation familiale :** Célibataire / Marié /Veuf /Divorcé /Pacs /Séparé

Responsable financier : ☐ **Oui** ☐ **Non**

CORRESPONDANT LOCAL : pour les internes uniquement

En cas d'évènement majeur imprévisible ou d'empêchement de la famille il est impératif pour chaque interne d'indiquer les coordonnées d'un correspondant local qui pourrait le prendre en charge en l'absence des responsables légaux. A défaut de correspondant local, la famille s'engage à se déplacer dans les plus brefs délais auprès de l'établissement scolaire ou bien auprès des services dans lesquels l'apprenant aura été dirigé.

NOM _____ **Prénom** _____

Adresse : _____

CP _____ VILLE_____

Tél domicile ___/___/___/___/___ **Tél portable** ___/___/___/___/___ ☐ **Absence correspondant local**

SITUATION AVANT CONTRAT APPRENTISSAGE

Situation année N-1	Classe fréquentée / Emploi	Établissement (Nom – Commune) / Entreprise
☐ scolarisé(e) ☐ salarié(e) ☐ demandeur d'emploi ☐ contrat PRO ou apprentissage ☐ stagiaire formation professionnelle		
Dernier diplôme	Année	Établissement

Je certifie sur l'honneur les renseignements précisés sur ce document.

Date et Signature Responsable Légal

L'EMPLOYEUR

SECTEUR PUBLIC ADHÉRENT AU CNFPT ☐ **SECTEUR PRIVÉ** ☐

A REMPLIR PAR L'ENTREPRISE, obligatoirement, dans son intégralité. Le contrat doit être déposé à l'OPCO avant le début de l'exécution du contrat d'apprentissage ou, au plus tard, dans les cinq jours ouvrables qui suivent le premier jour d'exécution **PRÉVOIR MINIMUM 15 JOURS ENTRE LA DATE DE DÉPÔT DU DOSSIER COMPLET ET LA DATE DE DÉBUT DE CONTRAT**

DATE DÉBUT DE CONTRAT _____ / _____ / _____

RAISON SOCIALE : _____

Nom propre ☐ GAEC ☐ EARL ☐ SARL ☐ SA ☐ SAS ☐ EURL

☐ Collectivité territoriale ☐ Association 1901 ☐ AUTRE : _____

Chef d'entreprise (NOM Prénom) : _____

N° SIRET _____CODE NAF (APE): _____

Adresse de l'Entreprise : _____

CP _____ VILLE _____ Tél. ___/___/___/___/___

Portable (signataire contrat) ___/___/___/___/___ E-mai _____ @ _____

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 à quitter l'établissement à la fin de son examen ou en cas d'absence de formateur : OUI / NON

Renseignements disponibles auprès de votre comptable

Convention collective nationale applicable _____ Caisse Retraite complémentaire_____

Régime social : MSA ☐ URSSAF ☐

Employeur inscrit : Chambre agriculture ☐ Chambre des métiers ☐ Secteur public ☐ Association ☐ CCI ☐

LE(S) MAÎTRE(S) D'APPRENTISSAGE

1 / Nom _____ **Prénom** _____ **Diplôme obtenu** _____

Date de naissance : ____/____/_____ Emploi occupé : _____ Portable ___/___/___/___/_

Email: _____@_____ Nombre années d'expérience _____

2 / Nom _____ **Prénom** _____ **Diplôme obtenu** _____

Date de naissance : ____/____/_____ Emploi occupé : _____ Portable ___/___/___/___/___

Email _____@_____ Nombre années d'expérience _____

Signature du Responsable

Cachet de l'entreprise ou du Chef d'entreprise

DOSSIER A RETOURNER A CFPPA
AGRICAMPUS HAUTES-ALPES
127, ROUTE DE VALSERRES
05000 GAP
Tél. : 04 92 51 04 36
legta.gap@educagri.fr

DOCUMENTS A FOURNIR

EMPLOYEUR

- Mandat pôle contrat
- Copie Extrait Kbis ou Avis Siren
- Copie DPAE (déclaration préalable à l'embauche)
- Inscription MSA du Futur Maître d'Apprentissage
- Courrier de prise en charge CNFPT (accord ou refus) pour l'employeur public

APPRENTI

- Copie Pièce identité + carte vitale
- Exeat + INE /INA*(voir bulletin scolaire, convocation à l'examen ou certificat de fin de scolarité)*
- Copie dernier bulletin scolaire et dernier diplôme
- Si parents séparés : copie du jugement désignant l'autorité parentale ou attestation sur l'honneur
- Attestation assurance scolaire
- Dossier infirmerie : fiche urgence, fiche santé confidentielle, photocopie vaccinations
- Si apprentissage précédent : copie contrat avec numéro d'enregistrement et rupture éventuelle
- Justificatif MDPH si reconnaissance travailleur handicapé

PROCÉDURE SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

Les documents seront envoyés par mail pour signature électronique.
Expéditeur : cloud@sellandsign.com
Objet : CFA RAP PACA demande de signature

Étapes 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 **1 fois par l'apprenti et le responsable légal** si apprenti mineur (contrat) et **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)

Informations sur l'apprentissage : www.cfarappaca.fr

AGRICAMPUS HAUTES-ALPES

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE DE LA SOUVERAINETÉ ALIMENTAIRE ET DE LA FORÊT
Liberté Égalité Fraternité

CFA RAP PACA Apprentissage Agricole Public Gap

(Cadre réservée à l'administration)
Date de réception : _____/_____/_____
VALIDÉ PAR L'UFA : _____/_____/_____
REÇU POLE CONTRAT : _____/_____/_____
OBSERVATIONS :

DOSSIER DE CANDIDATURE APPRENTISSAGE 2025 – 2026

Ce document n'est pas un contrat, c'est un dossier de candidature

FORMATION	OPTIONS	CLASSE		
CAPa MA	Métiers de l'Agriculture ☐ Ruminants ☐ Porcins ou aviculture ☐ Équins	☐1 ère année	☐ 2ème année	
CAPa SAPVER	Services aux personnes Vente et Animation	☐ 1 ère année	☐ 2ème année	
BAC PRO TCV	Technico-commercial Vente ☐ Alimentation ☐ Animalerie ☐ Jardinerie	☐ 2nde	☐1ère	☐ Tle
BAC PRO CGEH	Conduite et Gestion d'une Entreprise Hippique ☐ Présentiel ☐ Distanciel	☐ 2nde	☐ 1ère	☐ Tle
BAC PRO CGEA	Conduite et Gestion d'une Exploitation Agricole	☐ 2nde	☐ 1ère	☐ Tle
BTSa TC ☐ Présentiel ☐ Distanciel	Technico-commercial Vente ☐ Alimentation et Boissons ☐ Vins, Boissons et Spiritueux ☐ Biens et Services à l'Agriculture ☐ Filière Bois ☐ Univers Jardins et Animaux de Compagnie	☐1ère année	☐ 2 ème année	
BP CLPA	Brevet Professionnel Conducteur de ligne de production alimentaire	1 an		

Date de début du cycle formation à l'UFA : _____/_____/_____
Date prévue de fin des épreuves ou examens : _____/_____/_____
Date de début de formation pratique chez l'employeur : _____/_____/_____
Réduction durée contrat : ☐ Non ☐ Oui
Reconnaissance travailleur handicapé RQTH ☐ Non ☐ Oui

L'APPRENTI(E)

NOM _____ **Prénom** _____
Date de Naissance ____/____/____ Lieu de Naissance _____ Dépt. _____
Nationalité _____ Sexe ☐ M ☐ F
Adresse _____
_____ **CP** _____ **Ville** _____
Domicile apprenti ___/___/___/___/___ Portable apprenti ___/___/___/___/___
E-mail _____@_____
N° SÉCURITÉ SOCIALE (NIR) APPRENTI(E) _____
RÉGIME SOUHAITÉ ☐ **INTERNE** ☐ **DEMI-PENSIONNAIRE** ☐ **EXTERNE**

Déclare être inscrit sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau : ☐ Non ☐ Oui
Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise : ☐ Non ☐ Oui
Joindre attestation sur l'honneur attestant la création ou la reprise d'une entreprise suite à l'obtention du diplôme