



DOSSIER de CANDIDATURE

CAPA PALEFRENIER SOIGNEUR

À compléter avec précision

Retour des dossiers par
courrier postal ou par mail à
cfa.st-affrique@educagri.fr
en **fichier PDF** avec tous les
documents demandés

CFA- Interprofessionnel du sud Aveyron

Route de Bournac
12400 Saint Affrique

Contacts secrétariat :

☎ 05 65 98 10 27

www.la-cazotte.educagri.fr

Cadre réservé au Centre de formation

Dossier reçu le : []	<input type="checkbox"/> Complet le : []	Enregistré : <input type="checkbox"/> Base de Candidature <input type="checkbox"/> Yparéo
<input type="checkbox"/> Incomplet	<input type="checkbox"/> Candidat(e) Validé le : []	Transmis envoi : Dossier d'admission le : []
<input type="checkbox"/> à étudier	<input type="checkbox"/> Candidat(e) refusé	Par : []
Informations pour établir le contrat d'apprentissage :		Envoi Dossier admission le : []
<input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage (année précédente)	<input type="checkbox"/> Notification MDPH ou Autres	Par : []
<input type="checkbox"/> Type d'Aménagement de Parcours : []		

NOM – PRÉNOM DU (DE LA) CANDIDAT(E)

- Madame
 Monsieur

VOS COORDONNÉES

Adresse : []

Code postal : [] Ville : []

☎ (portable) : [] ☎ (fixe) : []

✉ Mail : []

ÉTAT CIVIL DU ou DE LA CANDIDAT(E)

Date de naissance : []	Âge : []	Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Union Libre <input type="checkbox"/> Autres (précisez) : []
Lieu de naissance : []		
Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : [] <input type="checkbox"/> Pour les candidats hors UE : un titre de séjour en cours de validité est obligatoire		

VOTRE RECHERCHE D'ENTREPRISE

Seul votre contrat d'apprentissage signé avec une entreprise validera votre admission en formation

Avez-vous un contact avec une entreprise pour signer un contrat d'apprentissage ?

- Oui** : compléter la fiche de renseignements entreprise, à joindre au dossier
- Non** : fiche de renseignements entreprise jointe (à garder pour la faire remplir ultérieurement par l'entreprise)

Régime souhaité : Interne Demi-pensionnaire Externe

PROTECTION SOCIALE : DU (DE LA) CANDIDAT(E)N° Sécurité Sociale (15 chiffres) : MSA Sécurité sociale Autre (précisez) : **AMÉNAGEMENT DU PARCOURS DE FORMATION : (si besoin)**

- PAI** (Projet d'Accueil Individualisé)
- PAP** (Plan d'Accompagnement Personnalisé)
- RQTH** (Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé)
- BOE** (Bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi des travailleurs)
- Sportif de Haut Niveau**

de 15 à 20 ans :

- PPS** (Projet Personnalisé de Scolarisation)
- PCH** (Prestation de Compensation du Handicap)
- AEEH** (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé)

Autres (à préciser) : **VOTRE SITUATION ACTUELLE** Élève (formation initiale) Contrat d'apprentissage jusqu'à : n° DECA (15 chiffres) : Demandeur d'emploi inscrit à France Travail depuis le : Identifiant : Indemnisé France Travail, jusqu'à : **Non indemnisé par France Travail** Salarié en CDI Salarié en CDD : date de fin Si vous êtes salarié(e), vous pouvez bénéficier d'un CPF de transition (à vérifier auprès de votre employeur) Oui Non **Non salarié** (préciser si vous êtes : *artisan, commerçant, agriculteur(trice), mère/père au foyer, ect.*)**ÉTUDES SUIVIES**

En contrat d'Apprentissage	Formations suivies	Année Entrée Année Sortie	Diplôme obtenu	Établissement / Ville
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="text"/>

 Votre niveau en équitation :

(préciser : soit le Galop obtenu, soit le niveau d'équitation)

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE : (y compris contrat d'apprentissage, de professionnalisation)

Année	Nature du poste occupé	Entreprise (NOM - Code Postal – Ville)	Nb d'année	Durée (en mois)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

VOTRE MOBILITÉ

Permis de conduire : Oui Non En cours

Avez-vous un véhicule : Oui Non

PROJET PROFESSIONNEL

COORDONNÉES 1 : RESPONSABLE LEGAL (Mineur) - PERSONNE A PRÉVENIR (Majeur)

Madame Monsieur


Nom – Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

 (portable) :

 (fixe) :

 Mail :

Profession :

COORDONNÉES 2 : RESPONSABLE LEGAL (Mineur) - PERSONNE A PRÉVENIR (Majeur)

Madame Monsieur


Nom – Prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

 (portable) :

 (fixe) :

 Mail :

Profession :

INFORMATIONS UTILES A PORTER À LA CONNAISSANCE DU CENTRE DE FORMATION :

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

Elles doivent être lisibles, photocopiées ou numérisées, recto /verso et **obligatoirement en cours de validé**

- Carte nationale d'identité** ou **passport** ou *Si vous êtes étranger : Titre de séjour* (en cours de validité), (photocopie ou scans doivent être nets, en couleur et non tronqués, avec les bords visibles)
- Certificat de fin de scolarité **classe de 3^{ème}** (pour les jeunes issus de 3^{ème}, ayant moins de 16 ans)
- Titre** ou **diplôme obtenu** ou le **relevé de notes de l'examen** (**précisant la mention ADMIS**), en attente de recevoir le diplôme

Candidat(e)s ayant besoin d'un aménagement du Parcours de formation :
(documents de notification et/ou des pièces justificatives correspondantes à votre situation)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PAI (Projet d'Accueil Individualisé) | de 15 à 20 ans : |
| <input type="checkbox"/> PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) | <input type="checkbox"/> PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) |
| <input type="checkbox"/> RQTH (Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé) | <input type="checkbox"/> PCH (Prestation de Compensation du Handicap) |
| <input type="checkbox"/> BOE (Bénéficiaires de l'Obligation d'Emploi des travailleurs | <input type="checkbox"/> AEEH (Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé) |
| <input type="checkbox"/> Sportif de Haut Niveau | |

Candidat(e)s suivant ou ayant suivi une formation par apprentissage :

- Copie du dernier contrat d'apprentissage** : noté le **numéro d'enregistrement (n° DECA à 15 chiffres)**, à reporter sur la photocopie. (Numéro à demander auprès du dernier centre de formation.)

Candidat(e)s de plus de 29 ans :

- Attestation sur l'honneur** : datée et signée indiquant la nécessité d'obtenir ce diplôme pour créer une entreprise ou reprendre une activité (des pièces complémentaires pourront vous être demandées pour vérification par l'OPCO de l'entreprise ou la DREETS)

Candidat(e) Majeur ou Responsable légal

Je soussigné(e) :

- Certifie exacts les renseignements communiqués dans ce dossier.
- Certifie avoir été informé(e) que ce dossier de candidature ne constitue pas une admission en formation. Seule la validation de votre dossier de candidature et le fait de disposer d'une entreprise prête à vous signer un contrat d'apprentissage permettent de valider l'admission. À réception de la fiche de renseignements entreprise complétée, le dossier d'admission vous sera transmis afin de valider votre entrée en formation.

Fait le :

à

Signature du (de la) Candidat(e)

Signature du responsable légal



ENTREPRISE : Fiche de renseignements

CAPA PALEFRENIER SOIGNEUR

Cadre réservé au Centre de formation

Fiche reçue le :

Transmis pour envoi des éléments du contrat d'apprentissage
le : Par :

Enregistré :

 Base de Candidature

Information pour établir le contrat d'apprentissage :

 Contrat d'apprentissage (année précédente)
 Notification MDPH (ou autres)
 Type Aménagement : (Parcours)

 Éléments du contrat envoyer à l'entreprise le : Par :

NOM – PRÉNOM DU (DE LA) CANDIDAT(E)

 Madame

Date de naissance :

 Monsieur

ENTREPRISE : à Compléter obligatoirement, pour établir le contrat d'apprentissage

Date du début du contrat :

Date de fin de contrat :
(maximum jusqu'au 29 aout)
EMPLOYEUR : Employeur Privé Employeur Public

Dénomination sociale :

 Madame Monsieur

Nom / Prénom du Dirigeant :

Adresse d'exécution du contrat :

Code postal :

Ville :

Tél mobile :

Tél fixe :

Mail :

SIRET entreprise (14 chiffres) :

Code NAF-APE (4 chiffres + 1 lettre) :

Effectif entreprise salarié(s) :

Convention collective :

Code IDCC (4 chiffres) :

(information détenue par votre comptable)

Caisse de retraite complémentaire :

OPCO de Rattachement : OCAPIAT OPCO MOBILITES OPCOMMERCE OPCO 2i AKTO OPCO EP
 CONSTRUCTYS AUTRES :
 Si l'employeur est l'ascendant de l'apprenti(e) mineur(e), indiquez le lien de parenté : Père Mère Tuteur

 AUTORISE le CFA à déposer le contrat d'apprentissage et la convention de formation auprès de l'OPCO de l'entreprise

 N'AUTORISE PAS le CFA à déposer le contrat d'apprentissage et la convention de formation auprès de l'OPCO de l'entreprise

CFA-INTERPROFESSIONNEL DU SUD AVEYRON

Route de Bournac, 12400 SAINT-AFFRIQUE

☎ 05 65 98 10 27 ✉ cfa.st-affrique@educagri.frwww.la-cazotte.educagri.fr

ACTIVITÉ ET CONDITIONS DE FORMATION :

L'éligibilité de l'entreprise est en rapport avec le domaine du diplôme préparé par l'apprenti(e)

Toutes activités équestres

Activité principale de l'entreprise :

Activité secondaire de l'entreprise :

***Condition pour être maître d'apprentissage :**

- **Diplôme + 1 an d'activité professionnelle** : En rapport avec le domaine professionnel correspondant à la finalité du diplôme ou du titre préparé par l'apprenti et d'un niveau au moins équivalent. (Décret 2019-32 du 18/01/19).

OU

- **2 ans d'activité professionnelle** : En rapport avec la qualification préparée par l'apprenti (Décret 2019-32 du 18/01/19). Les stages et les périodes de formation effectués en milieu professionnel, dans le cadre d'une formation initiale, y compris sous contrat d'apprentissage, ou d'une formation continue qualifiante prévue à l'article L. 6314-1, **ne sont pas pris en compte dans le décompte de la durée d'expérience requise.**

Le nombre maximal d'apprentis ou d'élèves de classes préparatoires à l'apprentissage pouvant être accueillis simultanément dans une entreprise ou un établissement **est fixé à deux par maître d'apprentissage**. Le maître d'apprentissage peut également, en application de l'article L. 6222-11, accueillir **un apprenti dont la formation est prolongée en cas d'échec à l'examen.**

Maître d'apprentissage 1 : à compléter obligatoirement

Madame Monsieur / Nom-Prénom :

Date-naissance : Diplôme ou titre le plus élevé :

Emploi occupé dans l'entreprise :

Année d'expérience :

dans le domaine du diplôme préparé par l'apprenti(e)

L'employeur atteste sur l'honneur que le Maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction

Maître d'apprentissage 2 : si deux maîtres d'apprentissage à compléter obligatoirement

Madame Monsieur / Nom-Prénom :

Date-naissance : Diplôme ou titre le plus élevé :

Emploi occupé dans l'entreprise :

Année d'expérience :

dans le domaine du diplôme préparé par l'apprenti(e)

L'employeur atteste sur l'honneur que le Maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction

Fait le :

Signature et Cachet de l'entreprise