

Dossier de candidature par apprentissage

ETAT CIVIL DE L'APPRENTI(E)

Année scolaire 2018-2019

Nom : _____ Adresse : _____
 Prénom : _____
 Autres Prénoms : _____ CP _____ Ville _____
 Né(e) le : _____ Tél fixe : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
 Lieu de naissance : _____ Tél port : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
 Département de naissance : / ____ / _____ Mail :

FORMATION DEMANDEE

Cocher la formation et l'année d'entrée demandées

CS	BP
1 an <input type="checkbox"/> Tracteurs et Machines agricoles	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année <input type="checkbox"/> Responsable d'Entreprise Agricole
CAPA <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année <input type="checkbox"/> Métiers de l'Agriculture <input type="checkbox"/> Jardinier Paysagiste	BTSA - BTS <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année <input type="checkbox"/> Productions Animales - <input type="checkbox"/> Bovins Lait ou <input type="checkbox"/> Jeunes Chevaux <input type="checkbox"/> Techniques et Services en Matériels Agricoles <input type="checkbox"/> Génie des Equipements Agricoles
BAC PRO <input type="checkbox"/> seconde <input type="checkbox"/> première <input type="checkbox"/> terminale <input type="checkbox"/> Conduite et Gestion de l'Exploitation Agricole Polyculture Elevage <input type="checkbox"/> Conduite et Gestion de l'Exploitation Agricole Grandes Cultures <input type="checkbox"/> AgroEquipement <input type="checkbox"/> Maintenance des Matériels Agricoles <input type="checkbox"/> Maintenance des Matériels d'Espaces Verts	LICENCE PRO 1 an <input type="checkbox"/> Maintenance des systèmes pluritechniques parcours Gestion Technique et Economique Agroéquipements <input type="checkbox"/> Maintenance des systèmes pluritechniques parcours Automatisation et Robotisation en Elevage <input type="checkbox"/> Management des Activités Commerciales parcours Agroéquipements

En ce qui concerne les demandes en Bac Pro après une sortie de classe de 2^{ème} ou un CAP, l'établissement donnera, après étude du dossier et positionnement du candidat si nécessaire, son accord concernant la durée et le parcours de la formation.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Régime souhaité <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Demi-Pensionnaire -> déjeuner du vendredi midi <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Les tarifs de pensions (cf feuille jointe) seront fonction du régime demandé.	Langue vivante <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand Anglais obligatoire pour les CAPa (toutes options), les BTS TSMA et LICENCE GTEA, ARE - Pas de LV pour les CS Tracteurs, ni pour les BP REA.
Bénéficiez-vous d'une reconnaissance de « travailleur handicapé » ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Avez-vous un PAI ou PAP (Projet Accueil Individualisation ou Plan Accompagnement Personnalisé) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Avez-vous besoin d'un AVS (assistant de vie scolaire) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Cadre réservé à l'administration :

Vérification des pré requis : Favorable Défavorable
 Projet professionnel : Favorable Non adéquation

Rendez-vous auprès de VB :

Date : _____ heures
 Motif : _____

Visa de la Direction du CFAA

Conclusion de l'entretien :

RENSEIGNEMENTS SUR LES PARENTS OU TUTEURS (obligatoire même pour les majeur(e)s)

Situation familiale des parents : Mariés Concubins Pacsés Séparés Divorcés Veuf(ve) Célibataire

	RESPONSABLE LEGAL 1 <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur Souhaitez-vous être destinataire des courriers usuels (Bulletins de notes, courrier administratif ...)? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	RESPONSABLE LEGAL 2 <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> tuteur Souhaitez-vous être destinataire des courriers usuels (Bulletins de notes, courrier administratif, réunion...)? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
NOM		
Prénom		
Adresse		
CP		
VILLE		
Tél fixe		
Tél portable		
Mail		
Profession		
Code Profession		
Nom et adresse complète du lieu travail		
Tél prof		

SCOLARITE ANTERIEURE

Année scolaire	Etablissement (Nom – Code Postal – Ville)	Classe	Diplôme Préparé	Obtention de diplôme (oui-non-en cours)
2017-2018				
2016-2017				
2015-2016				

N° INE OBLIGATOIRE (Identification Education Nationale) ou **INA** (Agricole): /_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/.

Code identifiant à demander à l'établissement d'origine ou à retrouver sur une convocation d'examen (**10 chiffres + 1 lettre ou 9 chiffres + 2 lettres** depuis 2017).

Précisez ci-dessous quel était le dernier établissement fréquenté avant de signer votre **premier contrat d'apprentissage** :

Année scolaire	Etablissement (Nom – Code Postale – Ville)	Classe	Diplôme Préparé	Obtention de diplôme (oui-non-en cours)

VOTRE MOTIVATION PAR RAPPORT AU DIPLOME CHOISI

Joindre une lettre de motivation au présent dossier

EDUCATEUR (le cas échéant)

Précisez ci-dessous les coordonnées de l'éducateur qui suit l'apprenti(e) le cas échéant.

Souhaitez-vous également être destinataire des courriers Oui Non

Etablissement : _____

Adresse : _____

CP _____ Ville _____

Référent : NOM : _____ Prénom _____

Tél fixe : /____/____/____/____/____ Tél port : /____/____/____/____/____

Mail : _____

MAITRE D'APPRENTISSAGE

J'ai trouvé un maître d'apprentissage :

Dénomination entreprise : _____

Nom Prénom _____

Adresse : _____

CP _____ Ville _____

Tél fixe : /____/____/____/____/____ Tél port : /____/____/____/____/____

Mail : _____

Je suis toujours à la recherche d'un maître d'apprentissage

ENGAGEMENT

A remplir par les parents, ou toute autre personne se portant garant du paiement de la pension et des frais de scolarité.

Je soussigné(e) :

Nom _____ Prénom _____

Adresse : _____

CP _____ Ville _____

M'engage à payer la pension (internat – demi-pension ¹) et frais de scolarité de :

Nom _____ Prénom _____

Apprenti(e) en classe de : _____

Pendant la durée de la scolarité, conformément au tarif en vigueur.

Je paierai cette somme lorsqu'elle sera mise en recouvrement. A défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement en soit poursuivi, conformément à la réglementation en vigueur.

M'engage à aviser immédiatement l'établissement de tout changement de situation, adresse, domiciliation bancaire.

M'engage à ne pas retirer mon enfant de la demi-pension ou de l'internat en cours de trimestre scolaire (sauf cas de force majeure).

Certifie sur l'honneur les renseignements précisés sur ce document.

¹ Rayer la mention inutile

A _____, le _____

Signature des parents ou tuteur :

Signature de l'apprenti(e) :

Tous les documents demandés ci-après ne seront pas retournés. **Ne fournissez jamais d'originaux.**

Partie réservée à l'administration	LISTE DES PIÈCES A FOURNIR IMPERATIVEMENT AVEC LE PRESENT DOSSIER	
	Pièces	Observations
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Carte d'identité Recto Verso en cours de validité. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Livret de famille (toutes les pages). 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attestation de recensement et Certificat de la journée défense et citoyenneté (si la journée militaire a déjà été réalisée). 	Ne concerne pas les moins de 16 ans.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jugement de divorce s'il y a lieu, précisant l'autorité parentale. 	Pour les enfants mineurs.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Justificatif de reconnaissance de « travailleur handicapé » 	Le cas échéant.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Projet d'Accueil Individualisé (PAI) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déclaration d'assurance responsabilité civile. 	Formulaires ci-joints.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiche médicale – Fiche urgence 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mandat SEPA. 	Formulaire ci-joint. A nous retourner si vous optez pour un prélèvement de la pension (Interne ou DP).
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 Photos d'identités. 	1 collée en page 1 du dossier, 1 sur la fiche médicale.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lettre de motivation. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bulletins de notes des deux dernières années scolaires. 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relevé de notes à l'examen <u>session juin 2018</u> (BAC, BTS ou autres formations supérieures) qui justifie de votre obtention de diplôme. 	A nous retourner par mail, fax ou courrier dès réception au mois de juillet sans quoi l'inscription ne sera pas prise en compte.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diplômes déjà obtenus pour les <u>sessions antérieures.</u> 	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Attestation de fin de scolarité (ou EXEAT). 	Pour les sortants de la 4 ^{ème} à la 1 ^{ère} . (A réclamer à l'établissement d'origine dès la fin des cours) et à nous retourner très rapidement.
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fiche engagement 2018. 	Formulaire ci-joint. A faire compléter par le futur maître d'apprentissage et à nous retourner avant le mois de septembre.

DOSSIER A RETOURNER AU

CFA AGRICOLE DE HAUTE-SAONE
 16 rue Edouard Belin
 CS 60363
 70014 VESOUL CEDEX
 Tél : 03 84 96 85 20 – Fax : 03 84 96 85 50
 mail : cfa.haute-saone@educagri.fr
 site internet : www.epl.vesoul.educagri.fr

Centre de Formation d'Apprentis Agricoles - Centre de Formation Professionnelle et de Promotion Agricoles



16, rue Edouard Belin - CS 60363 - 70014 VESOUL Cedex
 Tél : 03 84 96 85 00
 Fax CFAA : 03 84 96 85 50 - Fax CFPPA : 03 84 96 85 40
 mail : cfa.haute-saone@educagri.fr - mail : cfppa.vesoul@educagri.fr
 site internet : www.epl.vesoul.educagri.fr



ENGAGEMENT 2018 D'ACCUEIL D'UN(E) APPRENTI(E)

A faire compléter par le responsable de l'entreprise d'accueil

NOM Prénom de l'apprenti accueilli :	
Classe demandée :	
Nom et prénom du Chef d'Entreprise :	
Raison sociale de l'entreprise :	
N° SIRET de l'entreprise	
NAF-APE	
Effectifs dans l'entreprise	
Adresse complète :	
Tél :	
Mail :	
Nom et Prénom du Maître d'apprentissage :	
Date de début du contrat d'apprentissage : <i>(un apprenti ne peut pas commencer au CFAA ou en entreprise avant la date de début de contrat d'apprentissage)</i>	
Durée du contrat d'apprentissage (12, 24 ou 36 mois selon la formation) :	
Chambre Consulaire dont dépend l'entreprise (Agriculture, Métiers ou Commerce et Industrie)	
Adresse	
Ville	

Fait, A _____
Le _____

Nom Responsable d'entreprise : _____
Signature et tampon : _____

CE DOCUMENT N'EST PAS LE CONTRAT D'APPRENTISSAGE.

Vous devez faire votre demande de contrat d'apprentissage afin de valider cette intention de recrutement auprès de l'organisme consulaire dont vous dépendez.

VOIR LES INFORMATIONS JOINTES

A CONSERVER PAR L'EMPLOYEUR

RAPPEL AUX EMPLOYEURS D'APPRENTI(E)S

Un(e) jeune vous a contacté pour devenir apprenti(e) dans votre entreprise. Il ou elle vous a présenté :

- une lettre de motivation et un CV,
- la fiche se rapportant à la formation désirée.

Vous souhaitez l'embaucher en qualité d'apprenti(e). Vous devez :

- vérifier auprès de votre **Chambre Consulaire** (de Commerce, des Métiers ou d'Agriculture) que vous avez les qualifications professionnelles requises pour l'accueillir,
- vérifier que le (la) jeune a au **moins 15 ans révolus** pour signer un contrat d'apprentissage.
- demander un contrat d'apprentissage, à votre Chambre Consulaire, le compléter avec le (la) jeune, le dater et le signer. Le contrat peut être signé au plus tôt début juillet précédant l'entrée en formation, sauf cas particuliers.
- prendre **rendez vous avec la médecine du travail**, de la MSA ou de la Sécurité Sociale, dans le mois qui précède le début du contrat. Un exemplaire de la fiche médicale d'aptitude sera donné à l'apprenti(e) et à l'employeur, ainsi qu'une copie au CFAA.
- faire une **déclaration préalable à l'embauche**, à la MSA ou à l'URSSAF, au plus tard la veille du début de contrat,
- si l'apprenti(e) a moins de 18 ans au moment de la signature du contrat, retirer (ou renouveler) une **demande d'autorisation de dérogation aux travaux réglementés** auprès de votre Chambre Consulaire.

Ces démarches réalisées, retournez à la Chambre Consulaire :

- le **contrat d'apprentissage** complété et signé par l'apprenti(e), ses parents s'il(elle) est mineur(e), et vous même. Une fois enregistré par l'inspection du travail, vous serez destinataire ainsi que l'apprenti(e), d'un des feuillets,
- la **demande d'autorisation de dérogation aux travaux réglementés** le cas échéant, complétée.

Période d'essai :

Les **45 premiers jours du contrat d'apprentissage effectués en entreprise** (hors périodes CFAA) sont considérés comme la période d'essai. Le contrat peut être rompu à tout moment par l'une ou l'autre des parties.

Congés (selon convention collective du secteur d'activités) :

Après 1 mois de travail minimum, tout travailleur a droit à un congé à raison de 2,5 jours par mois de travail dans la limite de 30 jours par an. Ils sont à prendre sur les périodes en entreprise. L'ordre de départ en congés est fixé par l'employeur au moins 2 mois à l'avance et au plus tard au 1^{er} mars. L'apprenti(e) ne peut décider seul(e) de modifier la date de ses congés. Deux semaines consécutives sont à prévoir sur la période estivale.

Rupture de contrat :

- Le contrat peut être rompu librement par l'employeur ou l'apprenti(e) pendant la **période d'essai**.
- Au delà de cette période, **l'accord des 2 parties est obligatoire pour rompre**. Tout litige se réglera devant le **Conseil des Prud'hommes**.
- Toute rupture de contrat s'accompagne :
- de la rédaction d'une constatation de rupture, en 3 exemplaires. Les documents sont à retirer à la Chambre Consulaire dont vous dépendez,
- d'une lettre de démission : un exemplaire pour l'employeur, un exemplaire pour le Service d'enregistrement du contrat et un exemplaire pour le CFA,

Les aides financières :

Elles sont versées aux entreprises dans le cadre de l'accueil d'apprenti(e)s **sous certaines conditions** (Conseil Régional).

FICHE INFIRMERIE

(Document non confidentiel)

NOM : _____
Prénom : _____
CLASSE : _____
Régime : _____

Je soussigné père, mère, tuteur légal, élève majeur
Adresse complète:.....

Situation de famille : Célibataire Mariés Concubins Pacsés Séparés Divorcés Veuf(ve)
Profession de la mère :..... Profession du père :.....

Numéro d'immatriculation du responsable légal ou de l'élève majeur :

- à la Sécurité Sociale : CMU : OUI NON
- à la Mutualité Sociale Agricole : (joindre copie attestation)
Autre (à préciser) :

Assurance complémentaire chirurgicale :

- Nom de la caisse ou de la mutuelle : Numéro d'immatriculation :

Assurance scolaire :

- Nom : Numéro :

En cas d'accident ou de maladie :

Les élèves malades admis à l'infirmerie dont l'état de santé n'est pas compatible avec les activités scolaires seront obligatoirement pris en charge par la famille.

En cas de maladie ou d'accident ne relevant pas d'une consultation au CHI, l'élève est envoyé en consultation au cabinet médical proche du lycée, après avis du responsable légal.

Les problèmes de santé arrivant au domicile doivent être traités par la famille

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (SAMU) vers le CHI de VESOUL.

Le recours à un service compétent sera pris par le Chef d'Etablissement qui a pouvoir de prendre toutes les dispositions utiles pour assurer la santé des élèves. La famille sera immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille (cf. Loi n° 2002.303 du 04/03/02).

En cas de traitement médical à suivre durant le temps scolaire, les médicaments (dans leur boîte d'origine) seront remis à l'infirmerie avec un duplicata de l'ordonnance en cours de validité, une demande écrite des parents précisera que l'élève doit prendre son traitement pendant le temps scolaire.

Autorisation de sortie pour des soins particuliers : (après en avoir été informé(e))

J'autorise mon enfant à se rendre seul pour recevoir des soins (médecin, dentiste, radio...).

OUI NON

Dispense de la pratique d'un sport :

En cas de problème de santé empêchant la pratique du sport, nous fournir une dispense (totale ou partielle) du médecin précisant la durée.

Suivi personnalisé :

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un PAI (projet d'accueil individualisé) ou d'un PAP (plan d'accompagnement pédagogique) au cours de l'année précédente ?

OUI NON

A-t-il eu un aménagement d'épreuves d'examens, tiers temps ?

OUI NON

Confidentialité préservée si fiche remise sous pli cacheté à l'intention du médecin ou de l'infirmière scolaire. Tout problème médical avéré, non signalé, dégage la responsabilité du service de santé.

A _____, le _____
Signature du responsable légal et/ou de l'élève majeur :

FICHE D'URGENCE

Document non confidentiel (valable dans l'enceinte de l'établissement ou lors des différents déplacements en France et/ou à l'étranger.)

NOM : _____ **Prénom :** _____
 Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
 Sexe : Masculin Féminin CLASSE : _____
 Régime : Interne Demi-pensionnaire Externe Interne-externé
 Numéro de portable de l'élève : ____/____/____/____/____
 N° Sécurité sociale : _____
 N° Mutuelle : _____

MEDECIN TRAITANT :

NOM : _____ N°tél _____
 ADRESSE : _____

Personne à prévenir, merci de numéroté de 1 à 3 :

Mère <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/> :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Tél. domicile :	Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél. travail :	Tél. travail :	Tél. travail :
Portable :	Portable :	Portable :
Profession :	Profession :	Profession :

Adresse de l'apprenant si différente : _____

MALADIE(S) CHRONIQUE(S), ALLERGIE(S):

TRAITEMENTS/SOINS SPECIAUX : _____

Vaccination antitétanique, (Photocopie obligatoire) : date du dernier rappel : _____

INTERVENTIONS CHIRURGICALES : _____

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève ou l'étudiant accidenté ou malade vers le CHI de VESOUL. Le transport est assuré par les services de secours d'urgence.

Dans tous les cas, l'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un parent ou d'un représentant légal.

Autorisation d'opérer :

Nous soussignés M., Mme, _____ autorisons l'anesthésie de notre enfant au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il aurait à subir une intervention chirurgicale.

Date :

Signature des parents :

L'Apprenti (e) :

NOM : _____

Prénom : _____

Classe : _____

Vous avez le choix :

- faire remplir ce document par votre agence d'assurance, ou
- fournir à la place de ce document une attestation responsabilité civile délivrée par votre assureur.

Nom, prénom du responsable légal ou de l'apprenti(e) majeur(e) (1) : _____

Adresse : _____

Déclare mon fils, ma fille ou l'apprenti(e) majeur(e) (1) être couvert(e) par un contrat responsabilité civile de particulier individuel ou familial si le jeune est à la charge des parents.

Pour la durée de l'année scolaire 2018-2019 souscrit auprès de :

Nom de la compagnie d'assurance _____

Agence : _____

Adresse : _____

Police n° _____

Vu et certifié exact

A _____ le _____

A _____

Nom, signature et cachet de l'assureur

Signature du responsable légal ou de l'apprenti(e) majeur(e)

(1) Rayer la ou les mentions inutiles

Madame, Monsieur,

N / Réf :
Objet : Prélèvement
Dossier suivi par : N. GERARD

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer de la possibilité de régler les frais de pension et demi-pension par prélèvement automatique soit mensuellement soit à échéance :

- à échéance : il s'agit de prélèvements trimestriels dont la date de règlement est arrêtée par l'Etablissement.
- par mensualité : la date de prélèvement est fixée au 6 de chaque mois d'octobre à juin et au-delà en cas de régularisation à effectuer.

Ce mode de règlement concerne, plus particulièrement, les élèves et étudiants non boursiers.

A ce titre, je vous prie de trouver en pièce jointe :

- Un mandat de prélèvement à compléter, à signer et à retourner au CFA Agricole de Vesoul accompagné d'un RIB,

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

L'Agent Comptable de l'EPLEFPA,

ALAIN GRABARCZYK

NOM-PRENOM APPRENTI(E) :
CLASSE :

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **L'EPLEFPA DE VESOUL** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **L'EPLEFPA DE VESOUL**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 49 ZZZ 603341

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER
Nom, prénom :
Adresse :
Code postal :
Ville :
Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER
Nom : AGENT COMPTABLE EPLEFPA VESOUL
Adresse : BP 363
Code postal : 70014
Ville : VESOUL
Pays :

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)																																		
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>(</td><td> </td><td> </td><td>)</td> </tr> </table>											()
										()																						

Type de paiement : Paiement prélèvement mensuel
Paiement prélèvement trimestriel

Fait à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :
Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ 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 **L'EPLEFPA DE VESOUL**. 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'EPLEFPA DE VESOUL**.

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.

IMPORTANT : Les chômeurs ayant déjà travaillé doivent être codés dans leur ancienne profession.

CODE	CATEGORIES	PROFESSIONS
10	Agriculteurs exploitants	Cultivateur, éleveur, exploitant forestier, horticulteur, maraîcher, patron pêcheur...
21	Artisans	Petit patron de - 10 salariés : couvreur, charpentier, cordonnier, forgeron, garagiste, maçon, peintre, routier...
22	Commerçants et assimilés	Commerçant détaillant de l'alimentation, patron de café, restaurant, hôtel, agent immobilier, agent d'assurance...
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou +	PDG, administrateur de société, entrepreneur, grossiste...
31	Professions libérales	Médecin, architecte, psychologue, vétérinaire, pharmacien, avocat, notaire, conseiller juridique, expert-comptable, dentiste...
33	Cadres de la Fonction Publique	Catégorie A Fonction publique et assimilé : administrateur civil, attaché d'administration, officier armée et gendarmerie...
34	Professeurs, professions scientifiques	Personnel direction établissements scolaire, professeur, enseignant du supérieur, chercheur...
35	Professions de l'information, des arts et des spectacles	Journaliste, écrivain, artiste (plasticien, dramatique...), bibliothécaire, conservateur musée...
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	Directeur commercial, directeurs de personnel, fondé de pouvoir...
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
42	Instituteurs et assimilés	Instituteur, PEGC, maître auxiliaire, conseiller d'éducation, surveillant
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social	Infirmier, puéricultrice, sage-femme, assistante sociale, éducateur spécialisé, animateur socio-culturel, préparateur pharmacie...
44	Clergé, religieux	Clergé, religieux...
45	Professions intermédiaires administratives de la Fonction Publique	Catégorie B de la Fonction publique, contrôleur PTT, impôts, inspecteur et officier de police, adjudant, secrétaire d'administration
46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	Secrétaire direction, représentant, rédacteur d'assurance, comptable, chef de rayon, gérant magasin, photographe...
47	Techniciens	Technicien, dessinateur industriel, projecteur, géomètre, pupitreur, Programmeur
48	Contremaîtres, agents de maîtrise	Contremaître, agent maîtrise, maître d'équipage (pêche, marine marchande), chef de chantier...
52	Employés civils et agents service fonction publique	Préposé PTT, employé de bureau, aide-soignante, standardiste, huissier fonction publique
53	Policiers et militaires	Gardien de la paix, gendarme...
54	Employés administratifs d'entreprise	Employé de bureau, aide-soignante, standardiste, hôtesse d'accueil
55	Employés de commerce	Vendeur, caissier, pompiste...
56	Personnels des services directs aux particuliers	Serveur (café, restaurant), manucure, esthéticienne, coiffeur (salarié) gardienne d'enfants, concierge...
61	Ouvriers qualifiés	Mécanicien, soudeur, tourneur, ajusteur, mineur, jardinier, conducteur routier, dockers...
66	Ouvriers non qualifiés	Ouvrier spécialisé (OS), manœuvre...
69	Ouvriers agricoles	Ouvrier de l'élevage, maraîchage, horticulture et viticulture et marin-pêcheur...
71	RETRAITES Anciens agriculteurs exploitants	Retraité agriculteur exploitant
72	RETRAITES Anciens artisans, commerçants chefs d'entreprise	Retraité artisan, commerçant, chef d'entreprise...
73	RETRAITES Anciens cadres et professions intermédiaires	Retraité cadre et profession intermédiaire
76	RETRAITES Anciens employés et ouvriers	Retraité employé et ouvrier
81	Chômeur n'ayant jamais travaillé	
82	Autre personne sans activité professionnelle	Personne sans activité professionnelle, "femme au foyer" "ménagère"
99	Non renseigné (inconnu ou sans objet)	

Centre de Formation d'Apprentis Agricoles - Centre de Formation Professionnelle et de Promotion Agricoles



16, rue Edouard Belin - CS 60363 - 70014 VESOUL Cedex
 Tél : 03 84 96 85 00
 Fax CFAA : 03 84 96 85 50 - Fax CFPPA : 03 84 96 85 40
 mail : cfa.haute-saone@educagri.fr - mail : cfppa.vesoul@educagri.fr
 site internet : www.epl.vesoul.educagri.fr



Informations générales 2018-2019

Horaires des formations à Vesoul (sous réserve de modifications des emplois du temps)

Jours	Matin	Après-midi
Lundi	9h00 – 12h30	13h30 - 17h30
Mardi	8h00 – 12h00	13h30 – 16h30
Mercredi	8h00 – 12h00	13h30 – 17h30
Jeudi	8h00 – 12h00	13h30 – 17h30
Vendredi	8h00 – 12h30	

Les formations qui sont dispensées sur le site de Port sur Saône (BTS TSMA, CS Tracteurs) ont un horaire aménagé avec + ou – ¼ d'heure de décalage. Les précisions seront apportées à la rentrée.

Trousseau pour les apprentis internes

Si vous êtes interne à la rentrée, vous devez prévoir :

- Un oreiller.
- Un drap housse pour matelas (90 x 190).
- Un cadenas (pour casier).
- Une couette et d'une housse de couette ou d'un sac de couchage.

Fournitures scolaires

Aucune fourniture particulière n'est demandée. Les jeunes verront directement avec leur coordinateur pour l'organisation des cours.

Carte d'accès à l'établissement et au self

La carte est payante. Elle sera distribuée au jeune moyennant **7€ le jour de la rentrée scolaire**.

En cas de perte ou de détérioration en cours d'année scolaire, une nouvelle carte pourra être vendue au même tarif.

Tarifs pensions au 1^{er} janvier 2018

Coût par semaine	Avec repas vendredi midi	Sans repas vendredi midi
Demi-pensionnaire	22 €	17.60 €
Interne	66 €	

(Selon délibération du Conseil Régional).

Une facture vous sera adressée directement à chaque trimestre.

Il est possible de régler les frais d'hébergement et de restauration par prélèvement.

Chaussures de sport

Sans semelles noires. Un point sera fait à la rentrée.

Fiche d'aptitude

En cas de renouvellement de votre visite médicale auprès du médecin du travail, merci de nous faire une photocopie de votre fiche d'aptitude.

Relevé de notes à l'examen ou attestation fin scolarité

Dans le cadre de l'instruction du contrat d'apprentissage, n'oubliez pas de nous faire parvenir votre relevé de notes à l'examen session 2018 (ou une attestation fin de scolarité pour les sortants de la 4^{ème} à la classe de 1^{ère}).

MAJ : le 26.01.2018

Centre de Formation d'Apprentis Agricoles - Centre de Formation Professionnelle et de Promotion Agricoles