

DOSSIER APPRENTISSAGE

Cadre réservé au CFA

Date de réception du dossier complet :

Année Scolaire 2026-2027

Dossier à retourner au secrétariat dans les
meilleurs délais

Cadre réservé au CFA

Avis :

- Favorable
 Réserve
 Défavorable

Commentaires :

ÉTAT CIVIL DE L'APPRENTI(E)

Civilité : M. Mme
 Nom : Adresse :
 Prénom :
 Autres prénoms : CP : Ville :
 Né(e) le : Tél port. de l'apprenti(e) :
 Lieu de naissance : Tél port. du responsable légal :
 Département de naissance : Mail :
 Nationalité :

FORMATION DEMANDÉE

Merci de cocher la formation et l'année d'entrée demandée

<input type="checkbox"/> CAPa <input type="checkbox"/> 1ère année <input type="checkbox"/> 2ème année <input type="checkbox"/> Métiers de l'Agriculture <input type="checkbox"/> Jardinier Paysagiste	<input type="checkbox"/> (BPA 1 an <input type="checkbox"/> Ouvrier d'élevage de ruminants et de cultures fourragères
<input type="checkbox"/> Bac Pro <input type="checkbox"/> Seconde <input type="checkbox"/> Première <input type="checkbox"/> Terminale <input type="checkbox"/> Conduite et Gestion d'une Entreprise Agricole Polyculture Élevage	<input type="checkbox"/> Certificat de Spécialisation 1 an <input type="checkbox"/> Techniques Cynégétiques <input type="checkbox"/> Responsable d'une Unité de Méthanisation Agricole <input type="checkbox"/> Conduite d'un Élevage Bovin Viande <input type="checkbox"/> Conduite d'un Élevage Bovin Lait <input type="checkbox"/> Pilotage de Machines Agricoles à haute Technicité
<input type="checkbox"/> Brevet de Technicien Supérieur Agricole <input type="checkbox"/> 1ère année <input type="checkbox"/> 2ème année <input type="checkbox"/> Aménagement Paysager <input type="checkbox"/> ACS'AGRI	<input type="checkbox"/> 1ère année <input type="checkbox"/> (2ème année <input type="checkbox"/> Technico-commercial – Biens et Services pour l'Agriculture <input type="checkbox"/> Technico-commercial – Alimentation et Boissons <input type="checkbox"/> Technico-commercial – Univers Jardin et Animaux de Compagnie

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

N° de sécurité sociale de l'apprenti (e) : (15 chiffres)

(Si le jeune a moins de 16 ans, merci de demander le numéro provisoire auprès de votre caisse – Cette donnée est obligatoire pour le contrat d'apprentissage)

Reconnaissance Travailleur Handicapé : Oui Non Dossier en cours

Aménagement d'épreuves : Oui Non Dossier en cours

Situation actuelle : Scolaire Apprenti Autres.....

CURSUS SCOLAIRE

SCOLARITÉ ANTÉRIEURE	N° d'identifiant National (INE) : <input type="text"/> <i>(Ce numéro est inscrit sur votre relevé de notes du diplôme (bac, brevet...), il est donné par l'Éducation nationale à chaque élève. (N° à 10 chiffres + une lettre).)</i>
	Classe suivie en 2025/2026 : <input type="text"/>
	Nom et adresse de l'établissement : <input type="text"/>
	Nom du dernier diplôme obtenu : <input type="text"/>
Statut lors de cette année scolaire : <input type="checkbox"/> Scolaire <input type="checkbox"/> Apprenti	
<i>Merci de préciser ci-dessus, quel était le dernier établissement fréquenté avant de signer votre premier contrat d'apprentissage</i>	
Classe suivie AVANT l'apprentissage : <input type="text"/>	
Nom et adresse de l'établissement : <input type="text"/>	

RECHERCHE D'ENTREPRISE PARTENAIRE

Mes recherches sont en cours, je suis mobile autour de chez moi à kms.

J'ai trouvé une entreprise

ÉDUCATEUR *(le cas échéant)*

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

Nom de la structure :

Nom et prénom de l'éducateur :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone Portable :

Mail :

INFORMATIONS PARTICULIÈRES

Si vous souhaitez nous communiquer des informations complémentaires, merci de les inscrire ci-dessous.

SITUATION PERSONNELLE

L'apprenti(e) vit au domicile de :

de ses parents de sa mère de son père Autre (propre domicile, foyer, famille d'accueil...)

Situation des parents :

Mariés Pacsés Concubins Divorcés Séparés Veuf(ve) Célibataires

Nombre d'enfants à charge (y compris l'apprenti(e)) :

1^{er} Responsable légal

Nom et prénom Lien de parenté

Adresse

Code Postal Ville

Catégorie socio-professionnelle (1)

Téléphone personnel Portable

Téléphone professionnel E-mail

2nd Responsable légal

Nom et prénom Lien de parenté

Adresse

Code Postal Ville

Catégorie socio-professionnelle (1)

Téléphone personnel Portable

Téléphone professionnel E-mail

(1) à renseigner obligatoirement – Merci de reporter le numéro correspondant à votre catégorie dans les cases ci-dessus.

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

10 – Agriculteurs exploitants	48 – Contremaîtres, Agents de maîtrise
21 - Artisans	52 – Employés civils et agents service fonction publique
22 – Commerçants et assimilés	53 – Policiers et militaires
23 – Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	54 – Employés administratifs d'entreprise

31 – Professions libérales	55 – Employés de commerce
33 – Cadres de la fonction publique	56 – Personnels des services directs aux particuliers
34 – Professeurs, professions scientifiques	61 – Ouvriers qualifiés
35 – Professions de l'information, des arts et du spectacle	66 – Ouvriers non qualifiés
37 – Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	69 – Ouvriers agricoles
38 – Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	71 – Retraités Anciens agriculteurs exploitants
42 – Instituteurs et assimilés	72 – Retraités Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
43 – Professions intermédiaires de la santé et du travail social	73 – Retraités Anciens cadres et professions intermédiaires
44 – Clergé, religieux	76 – Retraités Anciens employés et ouvriers
45 – Professions intermédiaires administratives de la Fonction publique	81 – Chômeurs n'ayant jamais travaillé
46 – Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	82 – Autre personne sans activité professionnelle, (femme au foyer, ménagère)
47 - Techniciens	99 – Non renseigné, Autres

ENGAGEMENT

Je soussigné(e), (Nom Prénom),

Responsable légal de (nom et

Prénom de l'apprenant)

atteste l'exactitude des

renseignements indiqués dans ce questionnaire.

J'ai bien noté que mon dossier doit parvenir complet au CFA de Vire dans les meilleurs délais.

À , le

Signature des responsables légaux (si mineur)

Signature de l'apprenti(e)

ÉLÉMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER

Dossier administratif dûment complété et signé, accompagné de :

- Copie de la Carte d'identité recto-verso **valide**
- Copie des bulletins scolaires des années 2024-2025 et 2025-2026
- Une lettre de motivation et un curriculum-vitae
- Si disponible, nous fournir l'attestation de recensement OU le certificat Individuel de Participation à la Journée de Citoyenneté (JDC) (à fournir impérativement pour l'inscription à l'examen)
- 1 photo d'identité récente
- Fiches urgence et de santé **complétées et signées**
- Fiches régime de sortie et autorisation **complétées et signées**
- Formulaire d'engagement pour l'agence comptable
- Photocopie de l'**attestation d'affiliation** et de la **carte vitale de l'apprenant** (si déjà immatriculé)
- Copie des diplômes obtenus ou relevé de notes
- Attestation d'Assurance Responsabilité Civile
- Si vous étiez apprenti(e), la photocopie de l'ancien contrat et sa rupture éventuelle.

DÉPÔT DU DOSSIER

Le dossier administratif doit être déposé **complet, même sans employeur**, le plus rapidement possible soit :

* directement au CFA : du **lundi au vendredi de 8h30 à 12h00** et de **13h30 à 16h00**.

* ou par mail, à l'adresse suivante : cfa.vire@educagri.fr

* ou par courrier : **CFA – Campus Agricole – 47 Route des Champs de Tracy – 14500 Vire Normandie**

Campus Agricole Vire Normandie

Site internet : www.tracy-vire.fr

ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

FORMULAIRE D'ENGAGEMENT

(à remplir par les parents, ou toute autre personne se portant garant du paiement des frais de restauration et/ou d'hébergement)

LE RESPONSABLE

Je soussigné (e)

NOM (en majuscule) et prénom

Profession

et éventuellement degré de parenté avec l'apprenti(e)

Adresse complète : N°

Voie ou lieu dit

Commune

Code Postal

Bureau distributeur

Nom et adresse de l'employeur éventuel :

M'engage à payer la pension (internat, demi-pension) de :

L'APPRENANT

NOM

Prénom

Apprenti(e) en classe de

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

Je paierai cette somme lorsqu'elle sera mise en recouvrement.

À défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement en soit poursuivi,

conformément à la réglementation en vigueur. [❗ Merci d'agrafer une copie intégrale du livret de famille à ce document.](#)

A

, le

Signature :

PRÉ-ENGAGEMENT CONTRAT D'APPRENTISSAGE

Afin de permettre un traitement de votre dossier dans les meilleurs délais, merci de compléter TOUS les champs requis SVP.

LA FORMATION

Diplôme préparé :

L'EMPLOYEUR

Dénomination sociale :

Nom et prénom du responsable
de la structure :



N°de SIRET

Code NAF

Effectif total salarié :

Code IDCC

Convention collective applicable :

Caisse de retraite complémentaire :

MAITRE D'APPRENTISSAGE 1

MAITRE D'APPRENTISSAGE 2

Maîtres d'apprentissage répondant à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction.

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Date de naissance :

Date de naissance :



Emploi occupé :

Emploi occupé :

Diplôme / Titre

Diplôme / Titre

le plus élevé :

le plus élevé :

L'APPRENTI(e)

Nom et prénom de l'apprenti (e)

Adresse de l'apprenti (e)

Date de naissance de l'apprenti (e)

Date de début de contrat d'apprentissage :

Cachet et signature de l'employeur



Campus Agricole
— VIRE NORMANDIE —



02 31 66 18 10



cfa.vire@educagri.fr

www.tracy-vire

Rentrée Scolaire 2026/2027

FICHE D'URGENCE

Document Non Confidentiel

Cette fiche est consultable par l'ensemble des personnels de l'établissement, service de secours et est à remplir par un représentant légal.

Nom : **Prénom :**

Date de naissance : **Lieu de naissance :**

Classe : **Régime :** Interne Demi-pensionnaire Externe

Numéro de portable de l'élève :

Personnes à prévenir :

Responsable 1	Responsable 2	Autres : Précisez.....
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Tél domicile : <input type="text"/>	Tél domicile : <input type="text"/>	Tél domicile : <input type="text"/>
Tél travail : <input type="text"/>	Tél travail : <input type="text"/>	Tél travail : <input type="text"/>
Portable : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>
Email : <input type="text"/>	Email : <input type="text"/>	Email : <input type="text"/>

Adresse de l'élève si différente :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Observations particulières que vous jugerez utile de signaler (maladies, allergies, traitements, précautions à prendre) :

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :

Joindre une photocopie des vaccinations

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève ou l'étudiant accidenté ou malade, vers l'hôpital le mieux adapté. 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 représentant légal.

Le responsable s'engage à prévenir de modifications concernant les données transmises.

Fait à : , le :

Signature d'un représentant légal ou de l'élève majeur :

FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Cette fiche est confidentielle, elle est remettre avec la photocopie du carnet de vaccination sous **enveloppe cachetée ou par mail à l'adresse ci-dessus** ; ces données seront conservées 2 ans après le départ de l'apprenant et seront traitées par le personnel de santé de l'établissement et les médecins.

Nom : **Prénom:**

Date de naissance :

Classe :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

(exemple : asthme, épilepsie, migraines, diabète, difficultés psychologiques...)

Antécédents Médicaux :	Antécédents Chirurgicaux :
<input type="text"/>	<input type="text"/>

TRAITEMENT(S) ÉVENTUEL(S)

<input type="text"/>

Les traitements doivent être impérativement remis au service de l'infirmier avec un duplicata ou une photocopie de l'ordonnance.

Allergies :

L'apprenant a-t-il des allergies ?	Médicamenteuse ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Alimentaires ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Autres ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Si oui lesquelles (facultatif) ?

Projet d'accueil individualisé (PAI) :

A-t-il déjà eu un projet d'accueil individualisé (PAI) mis en place ? Oui Non

(Si oui, merci de bien vouloir le joindre.)

Souhaitez-vous mettre en place un PAI ? Oui Non

Troubles de la santé ou Troubles de l'apprentissage :

Concernant les troubles suivants,sauf information contraire de votre part,sachez que ceux-ci seront transmis à l'équipe éducative pour qu'elle élabore :

PAP, GEVA-sco, PPS, demande d'aménagement d'épreuve ou autre.

Si vous refusez la transmission à l'équipe éducative, cochez cette case :

La personne présente-elle un des troubles suivants :

• Dyslexie ? Oui Non

• Dysorthographe ? Oui Non

• Dyscalculie ? Oui Non

• Dyspraxie ? Oui Non

• Déficience visuelle ? Oui Non

• Déficience auditive ? Oui Non

• Trouble du spectre l'autisme(TSA) ? Oui Non

• Autre ? Précisez :

**Si vous avez cochez « oui », merci de joindre les documents
+ bilans médicaux ou paramédicaux récents.**

Remarques particulières que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel de santé

Fait à : le :

Signature d'un représentant légal ou de l'élève majeur :

Nom de l'apprenti (e)

Prénom de l'apprenti (e)

Choix du régime année 2026/2027

Je soussigné(e), Mme, M

Responsable légal de l'apprenti (e):

De la classe de :

déclare choisir l'un des régimes suivants :(cochez la case qui correspond au régime choisi).

→ Externe

sont externes, les **apprenants qui ne mangent pas au self de l'établissement le midi.**

Ils peuvent sortir de l'établissement à la pause méridienne et le soir après les cours à 17h30.

→ Demi-pensionnaire

sont demi-pensionnaires, **les apprenants qui mangent au self de l'établissement le midi.**

Ils peuvent quitter l'établissement à la fin des cours de l'après-midi à 17h30. Ils n'ont pas l'autorisation de sortir de l'établissement le midi.

→ Interne

sont internes **les apprenants qui mangent au self de l'établissement le matin, le midi et le soir et qui dorment à l'internat.** Ils n'ont pas l'autorisation de quitter l'établissement sauf sur demande écrite exceptionnelle.

Autorisation de sortie pour les internes uniquement le mercredi :

J'autorise mon fils ou ma fille à sortir librement **le mercredi de 17H30 à 18h30.** Ces sorties seront assujetties à des contrôles. Tout retard sera sanctionné.

OUI

NON

En cas d'autorisation de sortie, je dégage l'établissement de toutes responsabilités pendant ce créneau horaire.

Fait à , le

Signature de l'apprenti (e)

Signature du responsable légal

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Droit à l'image

Je soussigné(e), Mme, M

Responsables légaux de

acceptons que des photos et/ou vidéos de notre enfant paraissent dans les outils de communication de l'établissement (presse,réseaux sociaux,site internet et autres).

refusons et nous souhaitons que le visage de notre enfant soit flouté pour paraître dans les outils de communication de l'établissement.

Signature des parents / responsable légal

Signature de l'apprenti(e)

Devenir « Parents Délégués » - A compléter dès à présent

En tant que parents d'apprenti(e) vous avez la possibilité de représenter les parents aux différentes instances du CFA.

Les différentes instances sont :

- ➔ le **conseil de classe** qui se réunit **2 fois par an** (janvier et juin) est l'occasion pour l'équipe pédagogique de faire le point sur la classe et sur l'évolution de l'apprenti(e) dans le cadre de sa formation.
- ➔ le **conseil de perfectionnement** qui se réunit **3 fois par an** et qui aborde l'organisation et le fonctionnement du centre de formation.
- ➔ le **conseil d'administration** qui se réunit au moins **2 fois par an** a pour vocation de gérer les grandes orientations de l'organisation de l'établissement public local (EPL).

Je soussigné(e) Mme/ M

dépose ma candidature pour être parent délégué(e) lors :

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| ➤ du conseil de classe | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ➤ du conseil de perfectionnement | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ➤ du conseil d'administration | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Signature :

Scolarité

Au cours de votre scolarité :

➤ Avez-vous déjà bénéficié d'aménagement d'examen OUI NON

➤ Si oui pouvez-vous préciser quel type d'aménagement :

(Joindre la décision)

➤ Avez-vous une reconnaissance de situation de Handicap OUI NON

(Joindre la décision)

Acceptation du règlement intérieur

Le règlement intérieur est accessible sur le site du campus :

<https://www.tracy-vire.fr/rentree-scolaire-cfa/> => Règlement intérieur

Nous, soussignés Mme, Mr

Responsables légaux de

Reconnaissons avoir pris connaissance du règlement intérieur et en acceptons les modalités.

Reconnaissons avoir pris connaissance du règlement de l'infirmierie et en acceptons les modalités.

Signature des parents / du responsable légal

Signature de l'apprenti(e)