DOSSIER D'ADMISSION

☐ **BTSA GDEA**
☐ **BTSA ACS'AGRI**
☐ **EIL Equin**
ou
☐ **EIL Nouvelles technologies**
En fonction des effectifs l'EIL choisi sera mis en place ou non

Photo Obligatoire

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Nom d'époux ou d'épouse |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Prénoms |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Sexe : ☐ F ☐ M

Né(e) le : ..../........./ .... à ....

Nationalité : ☐ Française ☐ U.E. ☐ Autre (précisez)..

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Union libre

Enfants à charge : ☐ Oui ☐ Non – Nombre |___|___|

N° Sécurité Sociale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| |___|___|

Vous êtes affilié à :

☐ CPAM à la caisse de : ....

☐ MSA : ....

☐ Autre régime : ....

Etes-vous en situation de handicap ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé ? ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous besoin d'un aménagement pour les évaluations ? ☐ Oui ☐ Non

RÉGIME

☐ Interne ☐ Externe ☐ Demi-pensionnaire

ADRESSE

Rue ou lieu-dit : ....

....

Code postal |___|___|___|___|___| Commune : ....

Tél. Domicile |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| Liste rouge : ☐ Oui ☐ Non

Tél. portable |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Mail :...

RENSEIGNEMENTS PÉDAGOGIQUES

N° d'immatriculation INA ou INE de l'apprenant : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|
(sur diplôme)

Langue *:* ☐ Anglais ☐ Espagnol

TRANSPORT

Moyen de locomotion utilisé : ☐ Véhicule personnel ☐ Train ☐ Bus

Permis de conduire : ☐ Oui ☐ Non

Si véhicule personnel, n° immatriculation : ……

CONTRAINTES PERSONNELLES

Avez-vous des contraintes personnelles éventuelles à nous signaler ? ☐ Oui ☐ Non

(Horaires, garde d'enfants, mobilité, etc…)

Si oui, lesquelles :

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LES PARENTS OU RESPONSABLE LÉGAL(E) – *Seulement pour les mineurs*

RESPONSABLE LÉGAL(E)

Nom |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Prénoms |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

N° Sécurité Sociale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| |___|___|

Situation familiale : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Union libre

Adresse : .....

.....

Code postal |___|___|___|___|___| Commune : .....

Tél. Domicile |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Tél. portable |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Tél. Travail |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

Mail :.....

Autorise la communication de ces coordonnées : ☐ Oui ☐ Non

Responsable Lien de responsabilité : ☐ Père ☐ Mère ☐ DDASS ☐ Tuteur

Profession : .....

ANTÉRIORITÉ SCOLAIRE ET DIPLÔME

☐ Fin de scolarité en école primaire

☐ Brevet des collèges, CAP, BEP, seconde professionnelle ou équivalent

☐ Baccalauréat général ou technologique, baccalauréat professionnel, Brevet Professionnel (BP) ou équivalent

☐ Diplôme universitaire (DEUG, Licence, Master, DEA, DESS, DUT), Brevet de technicien supérieur (BTS), Classe préparatoire aux Grandes Ecoles, Diplôme d'une Grande Ecole,

☐ Doctorat ou équivalent

Dernière classe fréquentée : ..... Apprentissage : ☐ Oui ☐ Non

Établissement d'origine :.....

Adresse : .....

.....

Code postal |___|___|___|___|___| Commune : .....

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

A compléter en partant de la plus récente, vos activités professionnelles salariées, non salariées, de formation ou de chômage précédant l'entrée en formation. Toute expérience professionnelle inscrite dans ce tableau doit être effective et justifiée par des attestations ou bulletins de salaires.

Du j/m/année	Au j/m/année	Activité	Nom de l'employeur	Type de contrat (1)

(1) Contrat d'apprentissage – Contrat de professionnalisation – Contrat de qualification – CDD – CDI – CES – CAE – CUI

PROJET PROFESSIONNEL

Merci de décrire votre projet professionnel :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Avez-vous déjà participé à un stage de formation pour adultes : ☐ Oui ☐ Non

Je soussigné(e) ……*(responsable légal pour les mineurs)*

↳ déclare sur l'honneur l'exactitude des informations communiqués dans ce document

↳ m'engage à payer la pension (internat-demi-pension) pendant la durée de la scolarité, conformément au tarif réglementaire. A défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement en soit poursuivi, conformément à la législation en vigueur.

A …… le …… Date et signature de l'apprenant	A …… le …… Si mineur, date et signature du responsable légal

CFA-CFPPA DE CASTELNAUDARY
Avenue du Dr René Laennec - 11491 CASTELNAUDARY
☎ 04 68 94 59 00 – 06 19 15 52 97- Mail : cfppa.castelnaudary@educagri.fr

Partie réservée à l'administration	***Pièces à joindre pour tous les candidats***
	Photocopie recto verso de la carte nationale d'identité en cours de validité ou du passeport en cours de validité ou titre de séjour pour les étrangers
	Photocopie de votre **attestation** d'assuré social en cours de validité
	Photocopie de l'attestation d'assurance en responsabilité civile
	Photocopie livret de famille (toutes les pages référencées)
	Candidats ayant le permis de conduire : photocopies de la carte grise du véhicule, de l'assurance et du permis de conduire
	Français de moins de 25 ans : attestation de recensement et certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense
	Candidats diplômés : photocopie des diplômes déjà obtenus ou relevé de notes
	Candidats ayant un ou plusieurs enfants : photocopie livret de famille
Pièces à joindre pour les personnes ayant une reconnaissance de travailleur handicapé	
	Photocopie de la décision

LE DOSSIER EST A REMPLIR **TRES LISIBLEMENT**, **SANS RATURE** ET EN **LETTRES CAPITALES**

Pièces à joindre : attention de ne pas fournir les originaux de vos documents. Merci également de ne pas mettre d'**AGRAPHES**.