



Photo

DOSSIER D'INSCRIPTION

Note préalable : Remplissez le plus précisément possible ce document. C'est à partir des informations que vous nous fournirez, que nous établirons votre dossier de prise en charge (protection sociale, indemnisation, rémunération) pendant votre formation.

FORMATION DEMANDEE :

- Temps plein
 Temps partiel

ANNEE SCOLAIRE :

Comment avez-vous eu connaissance de cette formation ?

NOM :

Mme/Melle/Mr

Prénom :

Nom de jeune fille

NAISSANCE :

Date : Lieu :

Département : n° Pays (précisez)

NATIONALITE : Française Autre (précisez) :

ADRESSE :

Code postal : Ville :

Tél. : ou Portable

E-mail :

Hébergement au centre : oui non

Permis de conduire oui non Je possède un véhicule oui non

1 - Renseignements administratifs :

Nom :

Nom de jeune fille : Prénom :

Adresse : Tel : ____/____/____/____/____/____

Code postal : Ville :

N° sécurité sociale _____

- régime général
 régime agricole
 autre régime (préciser)

Profession :

Situation familiale : Célibataire Marié Concubin Divorcé - nbre d'enfants à charge : ____

Travailleur handicapé : non oui Reconnu(e) catégorie A B C

Service militaire : effectué du _____ au _____

sursitaire jusqu'au : _____ . exempté : _____

2 - FORMATION initiale (collège, lycée, formations par apprentissage)

Dates	Adresse Etablissement	Diplôme préparé	Obtenu	
			OUI	NON
Du ____/____/____ au ____/____/____				
Du ____/____/____ au ____/____/____				
Du ____/____/____ au ____/____/____				
Du ____/____/____ au ____/____/____				
Du ____/____/____ au ____/____/____				

3 - FORMATION PROFESSIONNELLE CONTINUE

Dates	Lieu	Type de formation	Diplôme obtenu	
			OUI	NON
Du ____/____/____ au ____/____/____				
Du ____/____/____ au ____/____/____				
Du ____/____/____ au ____/____/____				
Du ____/____/____ au ____/____/____				
Du ____/____/____ au ____/____/____				



CFPPA de la Creuse – Le Chaussadis - 23150 AHUN

☎ 05.55.81.48.90 - 📠 05.55.62.49.22

mels : cfppa.ahun@educagri.fr et portail-agriculture23@cfppa-ahun.com

Sites Internet : www.ahun.educagri.fr et www.devenezguidepeche.fr



4 - Vécu professionnel : EMPLOIS (les stages non rémunérés ne peuvent être pris en compte en tant qu'expérience professionnelle)

Dates	NOM et ADRESSE Employeur	Poste occupé	Type de contrat (1)
Du ___/___/___ au ___/___/___			
Du ___/___/___ au ___/___/___			
Du ___/___/___ au ___/___/___			
Du ___/___/___ au ___/___/___			
Du ___/___/___ au ___/___/___			
Du ___/___/___ au ___/___/___			

(1) Contrat d'apprentissage - Contrat de qualification - Contrat de professionnalisation - CDD - CDI - CIE - CES - CEC - CA - CAE

5 - Situation actuelle :

Employeur :	
<input type="checkbox"/> salarié(e) <input type="checkbox"/> si CDD : date début ___/___/___ - date fin : ___/___/___ <input type="checkbox"/> si CDI : depuis le : ___/___/___
<input type="checkbox"/> non salarié(e)	Nature de l'activité : depuis le : ___/___/___
<input type="checkbox"/> demandeur d'emploi	Date d'inscription : ___/___/___ N° d'identifiant POLE EMPLOI..... Indemnisé POLE EMPLOI : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui : <input type="checkbox"/> ARE. <input type="checkbox"/> fin de droits <input type="checkbox"/> solidarité <input type="checkbox"/> insertion
<input type="checkbox"/> RSA	Le perçoit <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non depuis le : ___/___/___

6 - Motivation de la demande :

Je soussigné(e)certifie l'exactitude des renseignements donnés dans ce formulaire d'inscription et pose ma candidature à l'entrée en formation intitulée :

Fait à le ___/___/___ signature



CFPPA de la Creuse – Le Chaussadis - 23150 AHUN

☎ 05.55.81.48.90 - 📠 05.55.62.49.22

mels : cfppa.ahun@educagri.fr et portail-agriculture23@cfppa-ahun.com

Sites Internet : www.ahun.educagri.fr et www.devenezguidepeche.fr



Partie réservée à l'administration

Stagiaire : Nom Prénom

Formation

STAGIAIRE REMUNERE

<input type="checkbox"/> ASP	<input type="checkbox"/> RS1	<input type="checkbox"/> P2S	Montant de prise en charge
<input type="checkbox"/> DDTE	<input type="checkbox"/> RS1	<input type="checkbox"/> RSP	
<input type="checkbox"/> POLE EMPLOI	<input type="checkbox"/> AREF	<input type="checkbox"/> RSP	

Protection sociale assurée par

STAGIAIRE INDEMNISE

ASP P2S
Protection sociale assurée par

STAGIAIRE NON INDEMNISE – NON REMUNERE

Protection sociale assurée par

SALARIE EN CONGE INDIVIDUEL DE FORMATION

Raison sociale de l'employeur :

Nom : Prénom :

Lieu dit : Tel : ____/____/____/____/____/____
..... Fax : ____/____/____/____/____/____

Ville :
Code postal :

Fond Assurance formation financeur :

Lieu dit : Tel : ____/____/____/____/____/____
..... Fax : ____/____/____/____/____/____

Ville :
Code postal :

Formation en alternance : Contrat de qualification - Contrat d'apprentissage

Raison sociale de l'employeur :

Nom : Prénom :

Lieu dit : Tel : ____/____/____/____/____/____
..... Fax : ____/____/____/____/____/____

Ville :
Code postal :

Fond Assurance formation financeur :

Lieu dit : Tel : ____/____/____/____/____/____
..... Fax : ____/____/____/____/____/____

Ville :
Code postal :

AUTRE STATUT :

Protection sociale assurée par