

**DOSSIER COMPLET À RETOURNER**  
**par mail OU courrier postal :**

CFPPA/UFA d'Antibes  
88 Chemin des Maures  
06600 ANTIBES  
Tél. 04.92.91.02.33

e-mail: [inscription@campusvertdazur.fr](mailto:inscription@campusvertdazur.fr)

**CADRE RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION**

Date de réception : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Validé par le Responsable Pédagogique : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de transmission au service contrat : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de début du cycle formation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date prévue de fin des épreuves/examens : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date de début de contrat \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DOSSIER DE CANDIDATURE - RENTRÉE 2026**

**FORMATION SOUHAITÉE : CS ARROSAGE AUTOMATIQUE, Espaces verts et Sols sportifs**  
**(CERTIFICAT DE SPÉCIALISATION)**

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE POURRA ÊTRE ÉTUDIÉ**

▶ Votre dossier ne pourra être retenu que si les conditions requises pour intégrer cette formation sont réunies et  
**sous réserve des places disponibles**

▶ Aucun contrat d'apprentissage ne pourra être signé avant la validation de votre dossier par les responsables  
pédagogiques

**1**

**RENSEIGNEMENTS CANDIDAT(E)**

NOM(s) : \_\_\_\_\_

PRÉNOM(s) \_\_\_\_\_

Date de Naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Lieu de Naissance, Dept. \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

☎ Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

**N° DE SÉCURITÉ SOCIALE DU CANDIDAT(E) :**

(POUR LES MINEUR(E)S, voir son N° sur attestation SÉCU des parents) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

• RECONNAISSANCE TRAVAILLEUR HANDICAPÉ (RQTH) (▶ Si oui, Joindre justificatif MDPH)

OUI  NON

• BESOIN DE PRENDRE CONTACT AVEC NOTRE RÉFÉRENTE HANDICAP ?

OUI  NON

## VOTRE PARCOURS SCOLAIRE / PROFESSIONNEL

**N° Identification National de l'Élève (INE/INA - OBLIGATOIRE) :** \_\_\_\_\_  
(► Voir bulletins scolaires, convocation à l'examen ou certificat de fin de scolarité EXEAT ou contacter votre ancien établissement scolaire)

**DERNIER DIPLÔME OBTENU :** \_\_\_\_\_

ANNÉE N-1	Classe fréquentée / Intitulé Emploi	Établissement Scolaire (Nom & Commune) / Entreprise

- SITUATION ACTUELLE**
- Scolarisé(e)                       Salarié(e)                       Demandeur d'emploi
- En contrat d'apprentissage (► Joindre copie du DERNIER contrat réalisé, avec **N°DECA à 15 chiffres + Rupture éventuelle**)
- En contrat de professionnalisation (► Joindre copie du contrat + Rupture éventuelle)
- Stagiaire de la formation continue
- Autre (Précisez) :
- Déclare être inscrit sur la liste des sportifs/entraîneurs/arbitres/juges de haut niveau
- + de 30 ANS UNIQUEMENT** : Déclare avoir un projet de création ou de reprise d'entreprise (► Joindre une attestation sur l'honneur attestant « la création ou la reprise d'une entreprise après l'obtention du diplôme »)

### POUR LES CANDIDAT(E)S MINEUR(E)S UNIQUEMENT

2

• PARENTS SÉPARÉS :  OUI     NON

(SI OUI ► Joindre la copie du jugement désignant l'autorité parentale OU attestation sur l'honneur)

• RESPONSABLE LÉGAL 1 (signataire du contrat)

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / CP \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_

☎ Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

• RESPONSABLE LÉGAL 2

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / CP \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

E-MAIL : \_\_\_\_\_

☎ Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Domicile : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

• PROFESSION DES PARENTS (obligatoire) :

Père : \_\_\_\_\_ Mère : \_\_\_\_\_

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à signaler toute modification.

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature Candidat(e)

Signature Responsable légal (si candidat(e) mineur(e))

## LISTE RÉCAPITULATIVE DES PIÈCES À FOURNIR PAR LE/LA CANDIDAT(E)

- Attestation de droits Sécurité sociale avec Numéro du candidat(e) CPAM / MSA
- Photocopie R/V de la Carte d'Identité ou passeport en cours de validité
  - ▶ Pour les étudiants étrangers hors union européenne : copie du titre de séjour en cours de validité
  - ▶ Pour les mineurs protégés : copie du titre de séjour en cours de validité + copie jugement OPP + Attestation d'hébergement
- Photocopie de l'attestation de recensement OU participation à la journée défense et citoyenneté (JDC)
  - ▶ Pour les candidat(e)s < 16ans : à transmettre ultérieurement
- Si parents séparés, candidat(e) mineur(e) : Copie du jugement OU Attestation sur l'honneur désignant l'autorité parentale signée par chaque parent (Cf Page 4)  
**+ Photocopie pièce d'identité pour chaque parent**
- Photocopie des bulletins scolaires de la dernière formation suivie
  - ▶ Pour les candidat(e)s < 16 ans : un certificat de fin de scolarité EXEAT (à demander fin juin auprès du collège)
- Photocopie des diplômes, titres, certificats obtenus
- Lettre de motivation, CV
- Renseignement Accompagnement (Cf. Page 5)
- Justificatif MDPH si Reconnaissance Travailleur Handicapé (RQTH)
- Demande d'internat ▶ [voir les conditions d'accès sur la fiche Page 6](#)
- Renseignements employeur / Mandat de gestion (Cf. Pages 7 à 11)
- Photocopie contrat de professionnalisation et/ou DERNIER contrat d'apprentissage réalisé, sans limite d'ancienneté (avec n° Enregistrement DECA à 15 chiffres : **contacter l'ancien centre de formation si vous ne le trouvez pas**)  
**+ rupture(s) associée(s) éventuelle(s)**

3

## PARTIE APPRENTI(E) / RESPONSABLE LÉGAL

### À CONSERVER ET UTILISER À RÉCEPTION DU CONTRAT D'APPRENTISSAGE

#### PROCÉDURE SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

Le contrat d'apprentissage vous sera envoyé par mail pour signature électronique.

**Expéditeur** : Oodrive sign

**Objet** : CFA RAP PACA demande de signature.

#### Étapes à suivre :

1. Cliquer sur « lire et signer le document »
2. Cocher la case « conditions générales de signature »
3. Cliquer sur « signer » ▶ un code vous est immédiatement envoyé sur votre téléphone portable et une fenêtre OTP s'affiche
4. Saisir le code reçu
5. Votre signature est validée et votre document est signé !

**⚠ Pour les apprenti(e)s mineur(e)s, le contrat sera envoyé à l'apprenti(e) ET à son responsable légal pour signature.**

Les documents définitifs vous seront retournés par mail une fois visés par toutes les parties (**Apprenti, Responsable légal le cas échéant, employeur, CFA RAP PACA**)

**ATTESTATION SUR L'HONNEUR  
PARENTS SÉPARÉS / VIVANT MARITALEMENT  
(N'ayant pas de jugement de garde)  
/ TUTEUR(TRICE)**

**JOINDRE OBLIGATOIREMENT LA PHOTOCOPIE DE LA PIÈCE D'IDENTITÉ DE CHAQUE PARENT**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Atteste que le lieu de résidence habituel de :

NOM(s) apprenti(e) : \_\_\_\_\_

Prénom(s) apprenti(e) : \_\_\_\_\_

Se situe au domicile de sa mère / son père / autre\* (précisez : \_\_\_\_\_)

dont l'adresse est :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Et que l'autorité parentale est exercée :

Conjointement par les deux parents

De manière exclusive par sa mère / son père / autre\* (précisez : \_\_\_\_\_)

« Pour servir et valoir ce que de droit »

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature de la mère

Signature du père

Signature Autre Représentant Légal

4

\* rayer la mention inutile

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS « ACCOMPAGNEMENT » 2026/2027

NOM(s) apprenti(e) : \_\_\_\_\_ Prénom(s) apprenti(e) : \_\_\_\_\_

Formation souhaitée : \_\_\_\_\_

Dans le cadre de la loi de 2005 sur l'égalité des droits et des chances, le CFPPA / UFA d'Antibes se mobilise pour un meilleur accueil des jeunes en situation de handicap.

En prenant quelques instants pour remplir le questionnaire ci-dessous, vous contribuerez à :

- Une bonne information faite à l'ensemble de l'équipe pédagogique sur les difficultés rencontrées ;
- La mise en place d'éventuels aménagements durant les cours ainsi qu'aux épreuves d'examen tels que du temps supplémentaire pour les évaluations, des sujets agrandis en gros caractères, la lecture orale des consignes, l'accessibilité des locaux... ;
- Un suivi le plus efficace possible lors de la scolarité au centre de formation mais également en entreprise, pour une meilleure prise en charge.

5

**1/** Avez-vous des difficultés d'apprentissage ou tout autre handicap tels que DYSLEXIE, DYSPHASIE, TROUBLES VISUELS/AUDITIFS, HÉMIPLÉGIE, BIPOLARITÉ, TROUBLES DE LA MÉMOIRE ou DE LA CONCENTRATION ?

NON  OUI ► Si oui, merci de préciser : \_\_\_\_\_

**2/** Ces difficultés ou ce handicap ont-ils fait l'objet d'un bilan ?

NON  OUI ► Si oui, merci de joindre le dossier (*facultatif*).

**3/** Au collège, avez-vous établi un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ou un PPS (Projet Personnel de Scolarisation) ?

NON  OUI ► si oui, joindre une copie

**4/** Avez-vous une reconnaissance officielle du handicap auprès de la MDPH ?

NON  OUI

**5/** Avez-vous une reconnaissance de travailleur handicapé ou autre titre ?

NON  OUI ► si oui joindre une copie

• Autres informations que vous souhaiteriez nous communiquer :



## PARTIE ENTREPRISE / EMPLOYEUR

### À CONSERVER ET UTILISER À RÉCEPTION DU CONTRAT D'APPRENTISSAGE

#### PROCÉDURE SIGNATURE ÉLECTRONIQUE

Le contrat d'apprentissage et la convention de formation vous seront envoyés par mail pour signature électronique.

Expéditeur : Oodrive sign

Objet : CFA RAP PACA demande de signature.

#### Etapas à suivre :

- Cliquer sur « lire et signer le document »
- Cocher la case « conditions générales de signature » (un code vous est immédiatement envoyé sur votre téléphone portable et une fenêtre OTP s'affiche)
- Saisir le code reçu
- Cliquer sur « signer »
- Votre signature est validée et votre document est signé !

7

Les documents définitifs vous seront retournés par mail une fois visés par toutes les parties (**Apprenti, Responsable légal le cas échéant, employeur, CFA RAP PACA**)

## PARTIE ENTREPRISE / EMPLOYEUR

### DOCUMENT À CONSERVER

#### NOTICE D'INFORMATION « MACHINES DANGEREUSES »

Madame, Monsieur,

Vous souhaitez prendre un jeune en contrat d'apprentissage.

A ce titre vous êtes concerné par le **décret 2015-443 du 17 avril 2015** relatif à la procédure de dérogation prévue à l'article L. 4153-9 du code du travail pour les jeunes âgés de moins de dix-huit ans. (<https://code.travail.gouv.fr/fiche-service-public/jeune-de-15-a-moins-de-18-ans-en-entreprise-travaux-interdits-et-travaux-reglementes>)

8

En prévision de la prochaine campagne de contrat d'apprentissage, il est recommandé :

- De télécharger le formulaire de déclaration et la notice explicative via le lien : <https://paca.dreets.gouv.fr/Derogations-pour-les-travaux-interdits-aux-jeunes-mineurs>
- De vous rapprocher de l'unité de la DREETS dont vous dépendez
- De vous rapprocher de l'unité de la DREETS dont vous dépendez

**DOCUMENT À FAIRE REMPLIR PAR L'ENTREPRISE / EMPLOYEUR PUIS À JOINDRE AU DOSSIER  
CE DOCUMENT N'EST PAS UN CONTRAT, MAIS UN DOSSIER DE CANDIDATURE**

**DATE SOUHAITÉE DE DÉBUT DE CONTRAT : \_\_\_\_/\_\_\_\_/2026**

**La date de début de contrat doit tenir compte des délais de traitement :  
15 jours minimum après le dépôt du dossier COMPLET**

**APPRENTI(E) :**

NOM : \_\_\_\_\_ PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
FORMATION : \_\_\_\_\_ SITE : \_\_\_\_\_  
N° SÉCURITE SOCIALE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ENTREPRISE / EMPLOYEUR :**

• **RAISON SOCIALE :** \_\_\_\_\_

NOM PROPRE  GAEC  EARL  SARL  SA  SAS  EURL  
 COLLECTIVITÉ TERRITORALE  ASSOCIATION 1901  AUTRE : \_\_\_\_\_  
 SECTEUR PUBLIC (adhérent au CNFPT)  SECTEUR PRIVÉ

• **CHEF D'ENTREPRISE :** ► Joindre **OBLIGATOIREMENT** l'attestation répertoire SIRENE

NOM, Prénom : \_\_\_\_\_

N° SIRET : \_\_\_\_\_ CODE NAF : \_\_\_\_\_

Adresse de l'Entreprise : \_\_\_\_\_

CP \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ E-MAIL : \_\_\_\_\_

Effectif de l'entreprise (sauf apprenti(e)s) : \_\_\_\_\_ Utilisation **MACHINES DANGEREUSES**  OUI  NON

L'employeur est-il l'ascendant de l'apprenti(e) :  NON  OUI ► Lien de parenté : \_\_\_\_\_

**Informations sur l'apprentissage : [www.cfarappaca.fr](http://www.cfarappaca.fr)**

• **EMPLOYEUR INSCRIT**  CHAMBRE AGRICULTURE  CHAMBRE DES MÉTIERS  CCI  
 SECTEUR PUBLIC  ASSOCIATION

**OBLIGATOIRE** (Demander à votre comptable) - Convention collective nationale applicable, N° IDCC : \_\_\_\_\_

• **REGIME SOCIAL :**  MSA  URSSAF

**OBLIGATOIRE** (Demander à votre comptable) - Nom de la Caisse Retraite Complémentaire de l'apprenti(e) : \_\_\_\_\_

**LE(S) MAÎTRE(S) D'APPRENTISSAGE**

**1 / Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**E-MAIL :** \_\_\_\_\_ **Port. :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Diplôme(s) obtenu(s) :** \_\_\_\_\_ **Nombre d'année d'expérience :** \_\_\_\_\_  
**Emploi occupé :** \_\_\_\_\_

**2 / Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Date de naissance :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**E-MAIL :** \_\_\_\_\_ **Port. :** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Diplôme(s) obtenu(s) :** \_\_\_\_\_ **Nombre d'année d'expérience :** \_\_\_\_\_  
**Emploi occupé :** \_\_\_\_\_

**Signature du Responsable ou du Chef d'Entreprise**

**Cachet de l'Entreprise**

**MANDAT À FAIRE REMPLIR PAR L'ENTREPRISE / EMPLOYEUR PUIS À JOINDRE AU DOSSIER**

**MANDAT GESTION CONTRAT D'APPRENTISSAGE**

SECTEUR PRIVÉ     SECTEUR PUBLIC

Le CFA RAP PACA se propose d'élaborer pour votre compte et à titre gracieux, le contrat d'apprentissage et d'adresser une demande de dépôt auprès de votre OPCO (secteur privé), si celui-ci le permet ou sur la plateforme dédiée à l'apprentissage [contrat.apprentissage.beta.gouv.fr](http://contrat.apprentissage.beta.gouv.fr) (secteur Public)

**JE REFUSE DE MANDATER LE CFA RAP PACA**

**Vous refusez de donner mandat** au CFA RAP PACA, merci de cocher la case ci-dessus.

Il en est alors de votre responsabilité de réaliser le contrat l'apprentissage, la demande de dépôt et de nous adresser le contrat signé par les parties et le numéro DECA<sup>1</sup>.

La convention de formation vous sera envoyée par le CFA RAP PACA

**JE DONNE MANDAT AU CFA RAP PACA (sans contrepartie financière)**

**Vous donnez mandat** au CFA RAP PACA, ses missions seront :

- Préparation et envoi pour signature électronique du CERFA "contrat d'apprentissage" sur la base des informations transmises dans le dossier d'inscription.
- Préparation et envoi pour signature électronique de la convention de formation par apprentissage.
- Préparation et envoi de la convention tripartite de réduction ou allongement de durée du contrat d'apprentissage, le cas échéant.
- Préparation et envoi des avenants et ruptures éventuels sur la base des informations transmises.

Pour la partie "contrat", les niveaux de rémunération et le salaire brut mensuel à l'embauche indiqués par le CFA RAP PACA reprennent les bases légales. Ces éléments sont donnés à titre indicatif. Il est de la responsabilité de l'employeur d'effectuer les vérifications nécessaires afin de s'assurer qu'il respecte **les minimums conventionnels** en vigueur lors de la signature du contrat d'apprentissage. **10**

La responsabilité du CFA RAP PACA ne pourra être engagée.

Par le présent mandat, et conformément aux articles 1984 et suivants du Code Civil,

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Représentant l'entreprise : \_\_\_\_\_

SIRET : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Située au : \_\_\_\_\_

CP : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

Donne pouvoir au CFA RAP PACA représenté par son directeur en exercice pour effectuer les missions nécessaires au traitement du contrat d'apprentissage **de l'apprenti(e)** :

Nom Apprenti(e) \_\_\_\_\_ Prénom Apprenti(e) \_\_\_\_\_

À \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**Signature et Cachet :**

**Ce mandat ne vous dispense en aucun cas de conserver les justificatifs obligatoires à l'enregistrement de votre contrat, en cas de contrôle.**

<sup>1</sup> **DECA : numéro d'enregistrement du contrat**



## OBLIGATOIRE

### LISTE DES ACTIVITÉS À FAIRE REMPLIR PAR L'ENTREPRISE / EMPLOYEUR PUIS À JOINDRE AU DOSSIER

Dans le cadre du recrutement prochain d'un(e) apprenti(e) en **Certificat de Spécialisation Arrosage Automatique : espaces verts et sols sportifs**, merci de bien vouloir indiquer ci-dessous la fréquence des différentes activités en lien avec le référentiel que vous pourrez proposer à l'apprenant.

NOM/PRÉNOM APPRENTI(E) :	Fréquemment	Souvent	Parfois	Jamais
Elaborer des projets d'arrosage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organiser des chantiers d'arrosage automatique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Réaliser des travaux d'installation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Piloter et assurer la maintenance des systèmes d'arrosage	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11