

Cadre réservé au centre de formation

| | | | | |
|-------------------|----------------------|-------------------|------------------------------|------------------------------|
| Dossier reçu le : | <input type="text"/> | Dossier complet : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Transmis le : | <input type="text"/> | À : | <input type="text"/> | |

DOSSIER DE PRE-CANDIDATURE

Formation souhaitée

| | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CAPA OIA | <input type="checkbox"/> BP IA | <input type="checkbox"/> BP REA | <input type="checkbox"/> BP REA ABD * |
| <input type="checkbox"/> MODULE : | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> UCARE : | <input type="text"/> |

* annexe page 4 à compléter

Avez-vous une idée du financement de votre formation ? Oui non

Dans quels buts voulez-vous faire cette formation ?

Comment avez-vous découvert cette formation ?

Autres cas, précisez :

Prescripteur de la formation :

| | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Pôle emploi | <input type="checkbox"/> CAP emploi | <input type="checkbox"/> Mission locale |
| <input type="checkbox"/> autres : | <input type="text"/> | |

État Civil

| | | | |
|----------------------|----------------------------------|---|-------------------------------|
| Nom de famille : | <input type="text"/> | Nom de naissance : | <input type="text"/> |
| Tous vos prénoms : | <input type="text"/> | Nationalité : | <input type="text"/> |
| Date de naissance : | <input type="text"/> | Lieu de naissance : (ville et code postal) | <input type="text"/> |
| Sexe : | <input type="checkbox"/> féminin | <input type="checkbox"/> masculin | |
| Adresse : | <input type="text"/> | | |
| Code postal : | <input type="text"/> | Ville : | <input type="text"/> |
| Téléphone portable : | <input type="text"/> | Téléphone fixe : | <input type="text"/> |
| Email : | <input type="text"/> | | |
| Protection sociale : | <input type="checkbox"/> CPAM | <input type="checkbox"/> MSA | Numéro : <input type="text"/> |
| Caisse CPAM ou MSA : | <input type="text"/> | | |

Étude et Diplôme

Diplômes obtenus

| | | | |
|-------------------------------------|----------------------|--------|----------------------|
| Lesquels : | <input type="text"/> | Date : | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | Date : | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | Date : | <input type="text"/> |
| Dernier diplôme obtenu | <input type="text"/> | Date : | <input type="text"/> |
| Dernière classe ou formation suivie | <input type="text"/> | Date : | <input type="text"/> |

Activité Professionnelle

Profession :

Nombre d'année d'activité professionnelle (en français ou à l'étranger) :

Nombre d'année d'activité professionnelle (avec justificatif en français) :

Dernier emploi : Type de contrat : Durée du contrat :

Date de fin :

Domaine de la plus longue expérience :

Informations complémentaires

Bénéficiaire du RSA : Oui au titre d'allocataire Oui au titre d'ayant droit Non

Demandeur d'emploi à l'entrée en formation : oui non

Identifiant POLE EMPLOI : Date d'inscription POLE EMPLOI :

Bénéficiaire de rémunération POLE EMPLOI pendant la formation : Oui ARE Oui ASS Non

Adresse mail du conseiller POLE EMPLOI ou MISSION LOCALE : Département d'inscription :

Avez-vous une contre-indication pour le travail physique ? Oui Non

Avez-vous une reconnaissance de travailleur handicapé ? Oui Non

Êtes-vous bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapé ? Oui Non

Aurez-vous une activité rémunérée en complément de la formation ? Oui Non

Si oui merci de préciser le nombre d'heures par semaine :

**Cette demande de pré-inscription ne vaut pas admission définitive.
Celle-ci ne sera prononcée qu'après étude des pièces fournies (ci-dessous)
et après connaissance des résultats aux tests, entretiens de motivation**

Fait à :

Le :

Signature :

Liste des pièces à fournir avant inscription définitive : (Cochez celles que vous joignez à votre dossier de pré-inscription)

| Pour suivre une Formation CAPA | Pour suivre une Formation BP ou Ucare ou Module |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Une photo d'identité <input type="checkbox"/> Copie recto verso de la carte d'identité <input type="checkbox"/> Attestation d'immatriculations CPAM ou MSA <input type="checkbox"/> Copies des diplômes obtenus <input type="checkbox"/> Curriculum vitae <input type="checkbox"/> Attestation responsabilité civile | <input type="checkbox"/> Une photo d'identité <input type="checkbox"/> Copie recto verso de la carte d'identité <input type="checkbox"/> Attestation d'immatriculations CPAM ou MSA <input type="checkbox"/> Copie du ou des diplômes obtenus <input type="checkbox"/> une lettre de motivation <input type="checkbox"/> Curriculum vitae <input type="checkbox"/> Attestation responsabilité civile <p>Pour l'inscription au diplôme fournir également les éléments ci dessous :</p> <input type="checkbox"/> Justificatifs d'une année d'activité professionnelle <input type="checkbox"/> Copie du ou des diplômes et titres inscrits au RNCP de niveau 3 et plus <p style="text-align: center;">Ou</p> <input type="checkbox"/> Justificatifs de 1 an d'activité prof. en lien avec le diplôme visé <p style="text-align: center;">Ou</p> <input type="checkbox"/> Justificatifs de 3 ans d'activité professionnelle autre secteur |

Vous pouvez adresser votre dossier soit par :

- courrier à l'adresse suivante : **CFPPA de Segré - 2 Boulevard Léon Mauduit – 49500 Segré-en-Anjou Bleu**

- mail : cfppa.segre@educagri.fr

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion administrative de la formation et à l'inscription au diplôme. Les destinataires des données sont le Centre de Formation Professionnelle et de Promotion Agricoles Le Fresne Segré, la région pays de la Loire et les financeurs de la formation (OPCO notamment). Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et au Règlement général sur la protection des données (RGPD), nouveau cadre européen concernant le traitement et la circulation des données à caractère personnel en vigueur depuis mai 2018, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer à tout moment en vous adressant au Centre de Formation Professionnelle et de Promotion Agricoles Le Fresne Segré. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement informatique des données vous concernant.

ANNEXE BP REA ABD

Expériences professionnelles antérieures significatives (salarisées ou non salarisées)

Renseignements précis obligatoires

| Statuts (à compléter pour chaque expérience) | Périodes (JJ/MM/AAAA) | Fonctions occupées | Employeurs (Nom - adresse) |
|---|--|--------------------|-------------------------------|
| | Du : <input type="text"/> Au : <input type="text"/> | | |
| | Du : <input type="text"/> Au : <input type="text"/> | | |
| | Du : <input type="text"/> Au : <input type="text"/> | | |
| | Du : <input type="text"/> Au : <input type="text"/> | | |
| | Du : <input type="text"/> Au : <input type="text"/> | | |
| | Du : <input type="text"/> Au : <input type="text"/> | | |
| | Du : <input type="text"/> Au : <input type="text"/> | | |
| | Du : <input type="text"/> Au : <input type="text"/> | | |
| | Du : <input type="text"/> Au : <input type="text"/> | | |
| | Du : <input type="text"/> Au : <input type="text"/> | | |
| | Du : <input type="text"/> Au : <input type="text"/> | | |
| | Du : <input type="text"/> Au : <input type="text"/> | | |