

DOSSIER D'INSCRIPTION 2019

Niveau V

Apprentissage

Photo
du candidat
(récente)

LE CANDIDAT

NOM : _____ Prénom(s) : _____
(en lettres capitales)

Date de naissance : ___ / ___ / ___ Sexe : M F Nationalité : _____

Lieu de naissance : _____ Dpt : _____

Numéro de Sécurité Sociale : _____

Age au 1^{er} Septembre 2019

_____ ans _____ mois

Etablissement d'origine : _____ VILLE : _____

Classe (donnez l'intitulé exact) : _____
(exemple : Classe de 3^{ème} Option Technologie)

Numéro INE (Identifiant National Elève) : _____ (OBLIGATOIRE)

ADRESSE PERSONNELLE DU CANDIDAT (en lettres capitales)

Département :

Code Postal : _____ Ville : _____ ☎ _____

Téléphone portable : _____ Adresse mail : _____ @ _____

SCOLARITE ANTERIEURE

Classe de troisième : Générale Option DP3 DP6 Agricole Insertion SEGPA

Lycée Enseignement Technique : Seconde Précisez : _____

Première Précisez : _____

Terminale Précisez : _____

Lycée Professionnel : CAP 1^{ère} année Précisez : _____

CAP 2^e année Précisez : _____

BEP 1^{ère} année Précisez : _____

BEP 2^e année Précisez : _____

AUTRES : Précisez : _____

Etes-vous titulaire d'un diplôme de CAP ou BEP (si oui, précisez la section) : _____

À RETOURNER DÛMENT COMPLÉTÉ ET SIGNÉ, ACCOMPAGNÉ DES PIÈCES DEMANDÉES,
AVANT LE 15 AVRIL 2019 à :

CFATP EGLETONS – 26 rue de Bellevue 19300 EGLETONS

LE RESPONSABLE LÉGAL

Le candidat lui-même Les 2 parents Le père La mère Autre

Si Autre, Précisez Nom, adresse et téléphone : _____

Les informations ci-dessous doivent être complétées même si le candidat est majeur :

PÈRE	MÈRE
NOM : _____	NOM : _____
PRÉNOM : _____	PRÉNOM : _____
N° Sécurité Sociale : _____	N° Sécurité Sociale : _____
ADRESSE : _____ _____	ADRESSE : _____ _____
Code Postal : _____	Code Postal : _____
VILLE : _____	VILLE : _____
Téléphone du domicile : _____	Téléphone du domicile : _____
Email : _____ @ _____	Email : _____ @ _____
Portable : _____	Portable : _____
Profession : _____	Profession : _____
Adresse travail : _____ _____	Adresse travail : _____ _____
Code Postal – Ville : _____	Code Postal – Ville : _____
Téléphone travail : _____	Téléphone travail : _____

Fait à _____

Le ____ / ____ / 2019

Signature du responsable légal :

Cocher si le candidat
a déposé un dossier à l'EFIATP
en contrat de professionnalisation
cette année :

VOTRE CONTACT AU CFATP :

Catherine SOUCHAL :

Tel : 05.55.93.24.88. Mail : contact@cfatp-egletons.fr

L'INSCRIPTION

CAP EN DEUX ANS (Contrat d'apprentissage) :

(Avoir 15 ans minimum - Numérotez vos choix 1 et 2 par ordre de préférence – 2 vœux maximum)

CONSTRUCTEUR EN CANALISATION DES TP

CONSTRUCTEUR DE ROUTES

CONDUCTEUR D'ENGINS DE TRAVAUX PUBLICS ET CARRIERES

L'ENTREPRISE D'ACCUEIL

Si vous êtes déjà en contact sérieux avec une entreprise, **précisez ci-dessous ses coordonnées** :

Raison sociale et adresse complète : _____

Nom et Tél du responsable : _____ / _____

**Si vous avez une promesse d'embauche en contrat d'apprentissage,
joindre un courrier d'engagement de l'entreprise**

Etes-vous disposé éventuellement à vous éloigner de votre domicile pour trouver une entreprise d'accueil ?

NON OUI Si oui, sur quel secteur géographique : _____



Que vous ayez une entreprise d'accueil ou non, vous devez obligatoirement créer votre espace candidat sur le site de la Bourse de l'apprentissage Nouvelle Aquitaine :

<https://www.apprentissage-nouvelle-aquitaine.info>

LES PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

↪ Les 4 pages du dossier d'inscription remplies lisiblement recto / verso
(questionnaire de motivation inclus)

↪ L'annexe « Informations médicales » à faire remplir et signer par le médecin traitant

↪ Un document de votre établissement actuel mentionnant : votre n°INE, l'adresse de l'établissement et la formation suivie dans cet établissement

↪ Les PHOTOCOPIES LISIBLES :

- Des 2 premiers bulletins trimestriels de l'année scolaire en cours ainsi que des 3 bulletins de l'année précédentes,
- Du(des) diplôme(s) éventuellement obtenu(s),
- De la carte d'identité recto / verso.

Attention ! Tout dossier incomplet ne sera pas étudié en commission d'admission



QUESTIONNAIRE DE MOTIVATION DU CANDIDAT

NOM : _____ PRÉNOM : _____

➤ Décrivez votre démarche scolaire en faisant ressortir vos préférences concernant les matières étudiées et les diverses activités exercées :

➤ Expliquez en quelques lignes les raisons pour lesquelles vous souhaitez vous orienter vers les Travaux Publics.

➤ Quel domaine des Travaux Publics vous passionne ? Argumentez.

➤ Comment, dès à présent, imaginez-vous votre carrière ?

Nota : Les réponses sont le fruit du travail personnel du candidat ou de la candidate, sans intervention de l'entourage et doivent être écrites de sa main.



Informations concernant une candidature au CFATP Egletons

Type : par alternance - 3 semaines en entreprise et 3 semaines à l'école (en moyenne).

Objectif : Diplômes de l'Education Nationale (CAP, Bac Pro, BTS), Mention Complémentaire.

Statut du candidat admis : salarié d'entreprise en contrat d'apprentissage*.

Inscriptions : Vous devez retourner votre dossier d'inscription complet avant la date limite **et** obligatoirement créer votre espace candidat sur le site de la Bourse de l'Apprentissage de la Région Nouvelle Aquitaine (*quel que soit votre lieu de résidence*) : <https://www.apprentissage-nouvelle-aquitaine.info>

Admissions : sur dossier, sélection par une commission d'admission interne.

Les admissions sont soumises à l'obtention du diplôme requis pour l'entrée en formation et à la signature d'un contrat d'apprentissage avec une entreprise.

Entrée en formation : Elle se fera à partir de la 2^{ème} quinzaine d'août

Horaires de travail : lundi 9h-12h / 13h30-17h30 – du mardi au jeudi 8h-12h / 13h30-17h30 – vendredi 8h-12h

Modalités de formation : formation en présentiel.

Pour les formations CAP et Mention Complémentaire : alternance entre formation pratique sur les plateformes et les cours théoriques dispensés en salles de cours.

Hébergement-Restauration : Le CFATP propose un hébergement en résidence avec des chambres doubles.

Un service de restauration est également proposé en self.

Tarif complet (hébergement, restauration, literie fournie et blanchie) : 202,80€ par semaine de formation au CFATP (tarif 2018).



***ATTENTION ! Ne pas confondre contrat de professionnalisation et contrat d'apprentissage.**

Renseignements : Catherine SOUCHAL - Tel : 05 55 93 24 88 / Mail : contact@cfatp-egletons.fr



À COMPLÉTER, DATER ET SIGNER PAR LE MÉDECIN TRAITANT

ELEVE :

NOM : _____ **Prénom** : _____

Date et Lieu de Naissance : _____

Sexe : Masculin Féminin

N° de Sécurité Sociale : _____

Poids : _____ **Taille** : _____

Acuité auditive : Appareil : oui non

ANTECEDENTS FAMILIAUX

PERE : Age _____ ans

Est-il malade ? Oui Non

Si oui, quelle est sa maladie ? _____

Si décédé, précisez la cause _____

MERE : Age _____ ans

Est-elle malade ? Oui Non

Si oui, quelle est sa maladie ? _____

Si décédée, précisez la cause _____

Un des membres de votre famille (parents, grands-parents, frère, sœur) a-t-il ou a-t-il eu une de ces maladies ?

Asthme - Tuberculose - Hypertension artérielle ou maladie du cœur – Mort subite - Diabète – cancer - Maladie nerveuse.

Autre maladie : Précisez : _____

Prenez-vous un traitement médicamenteux ? Si oui, précisez (médicaments et pathologie) :

VACCINATIONS

Vaccins	Dernières Injections	Prochain Rappel
DTP (Revaxis, Tétravac,)		
R.O.R		
Hépatite B		
Méningocoque		
Autres		

TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE

Préciser les troubles (dyslexie, dyspraxie, dyscalculie, dysorthographe,...) et le niveau de difficultés

Coordonnées de votre médecin traitant habituel :

Nom et Prénom : _____

Adresse complète : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____

Je soussigné,

Docteur _____

Certifie exact les éléments mentionnés ci-dessus concernant l'élève, ou l'étudiant,

M_____.

Fait à _____, le ____/____/2019.

Signature et Cachet.

QUESTIONNAIRE ET INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

MALADIES

Avez-vous eu les maladies suivantes ?

Bronchite fréquente : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Anomalies dans les urines : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Asthme : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez _____
Pneumothorax – Pleurésie : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	_____
Syncope, Perte de connaissance, évanouissement : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Anomalies sur un bilan sanguin dans les 12 derniers mois : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Palpitations : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez _____
Hypertension artérielle ou maladie du cœur : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	_____
Si oui, précisez _____	Calcul rénal ou urinaire : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____	Méningite, encéphalite : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Manifestation d'intolérance à l'effort (Malaises divers) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Epilepsie, convulsions : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez _____	Paralysies : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
_____	Maladies gynécologiques : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Diabète : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Autres Maladies : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Si oui, précisez _____	Si oui, précisez _____
_____	_____
Troubles digestifs : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà été hospitalisé ?
	Si oui, précisez le motif _____

ALLERGIES

Etes-vous allergique à certains médicaments ?

Si oui, lesquels _____

Avez-vous des allergies de la peau (Urticairé, eczéma) ? Oui non

Avez-vous des allergies respiratoires (asthme-rhume des foins) ? Oui non

Avez-vous des allergies alimentaires ? Oui non

Si oui, lesquelles ? _____

Avez-vous des contre-indications aux vaccinations ? Oui non

Si oui, lesquelles ? _____

Avez-vous des allergies aux piqûres de guêpes, d'abeilles ou autres insectes ? Oui non

Si oui, avez-vous été désensibilisé ? Oui non

COLONNE VERTEBRALE

Souffrez-vous du dos ou de la colonne vertébrale ? oui non

Si oui, est ce en permanence ? oui non

Souffrez-vous après un effort ? oui non

Les douleurs sont-elles apparues après un accident ? oui non

ORTEILS

Avez-vous des mycoses ? oui non

Avez-vous des ongles incarnés ? oui non

Date de la dernière consultation chez un pédicure/podologue ? _____

VOS SOUCIS

Avez-vous eu une maladie nerveuse, une dépression ? oui non

Avez-vous eu des crises de nerfs ou des colères violentes ? oui non

Avez-vous eu des troubles de l'alimentation (Anorexie, boulimie) ? oui non

Avez-vous été ou êtes-vous actuellement en traitement pour troubles du comportement ?

oui non

Vous êtes-vous infligé des blessures volontaires ?

oui non

Avez-vous fait une ou plusieurs tentatives de suicide ?

oui non

Avez-vous été suivi par un psychologue / pédopsychiatre ?

oui non

HABITUDES DE VIE

Faites-vous du sport ? Si oui précisez : _____

Etes-vous fumeur habituel de tabac ? oui non

Avez-vous eu des épisodes d'ivresse ? oui non

Avez-vous déjà consommé des drogues et toxiques ? Si oui, précisez : _____

Je soussigné, certifie avoir répondu de façon sincère au présent questionnaire et ne pas avoir connaissance de troubles de mon état de santé autres que ceux signalés.

Date, signature du candidat et de son représentant légal.