

DEMANDE DE PRÉ-INSCRIPTION

ANNÉE 2025/2026

L'inscription sera validée par le centre de formation

FUTUR(E) APPRENTI(E)

Nom :

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin Nationalité :

Né(e) le : Commune de naissance :

Adresse postale :

Code Postal : Ville :

Tél. portable de l'apprenti(e) : E-mail :

Numéro de sécurité sociale de l'apprenti(e) :

A partir de 15 ans, l'apprenti(e) doit détenir son propre numéro de sécurité sociale

Régime souhaité : ☐ Demi-pensionnaire ☐ Externe ☐ Interne

Classe et formation actuelle :

Bénéficie de la reconnaissance de travailleur en situation de handicap : ☐ OUI ☐ NON

Bénéficie de l'équivalence jeunes (PCH, AEEH, PPS) : ☐ OUI ☐ NON

Bénéficie de l'obligation d'emploi : ☐ OUI ☐ NON

Bénéficie d'aménagement de la scolarité : ☐ OUI ☐ NON

Si oui, le service accompagnement prendra contact avec vous

Êtes-vous sportif de haut niveau ? : ☐ OUI ☐ NON

Projet de création d'entreprise : ☐ OUI ☐ NON

A justifier

REPRESENTANTS LEGAUX

Représentant légal 1 : Nom : Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'apprenti.e) :

Tél. portable : Tél. travail :

Email :

Représentant légal 2 : Nom : Prénom :

Adresse (si différente de celle de l'apprenti.e) :

Tél. portable : Tél. travail :

Email :

PARCOURS ANTERIEUR

Année	Nom de l'établissement*	Ville*	Formation*	Statut*
2024-2025				<input type="checkbox"/> Apprentissage <input type="checkbox"/> Scolaire <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi
2023-2024				<input type="checkbox"/> Apprentissage <input type="checkbox"/> Scolaire <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi
2022-2023				<input type="checkbox"/> Apprentissage <input type="checkbox"/> Scolaire <input type="checkbox"/> Salarié(e) <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi

Diplôme le plus élevé obtenu :*

Année :

Dernier diplôme obtenu :*

Année :

FORMATION DEMANDÉE * merci de préciser l'option lorsqu'il y en a une

	Nom de l'établissement*	Intitulé de la formation*	Année demandée*
CAP			<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année
BP TP DE CS			<input type="checkbox"/> Formation en 1 an
BAC			<input type="checkbox"/> 2 ^{nde} <input type="checkbox"/> 1 ^{ère} <input type="checkbox"/> Terminale
BTS			<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année

Pièces à joindre pour la validation du dossier :

- CV
- Photocopie d'une pièce d'identité ou d'un titre de séjour recto/verso valide
- Attestation de droit pour la carte vitale
- Copies des bulletins de notes de l'année en cours

*** Informations obligatoires**

Le dossier complet est à retourner au GRETA CFA 49 par mail à : gretacfa49-apprentissage@ac-nantes.fr

PROMESSE D'EMBAUCHE

L'Entreprise :

Nom de la société : *

Nom et Prénom du dirigeant : *

N° SIRET : * Code NAF : * Nombre de salarié(s) : *

Convention collective applicable – Code IDCC de la convention : *

Adresse (lieu d'exécution du contrat) : *

Code Postal : * Ville : *

Téléphone : *

Type de structure (ex : privé, profession libérale, association, public...) : *

☐ Entreprise de travail temporaire

☐ Groupement d'employeurs

☐ Apprentissage familial

☐ Aucun des cas

Caisse de retraite complémentaire : *

Personne en charge du dossier administratif dans l'entreprise :

Nom : * Prénom : *

Téléphone : * E-mail : *

Maitre d'Apprentissage :

Nom : * Prénom : *

Date de naissance : * E-mail : *

Emploi occupé : * Nom du diplôme le plus élevé : *

L'Apprenti(e) :

La société s'engage à prendre en apprentissage : ☐ Mme

☐ M

Nom et site de formation : *

Apprenti(e) déjà dans votre entreprise : * ☐ OUI ☐ NON

Si oui numéro de contrat précédent présent sur l'accord de prise en charge :

Date de début du nouveau contrat : * Date de fin du nouveau contrat : *

Fait à Le

Le dossier sera validé après étude et accord du centre de formation.

***Informations obligatoires**

Signature et Cachet de l'Entreprise