

DOSSIER D'ADMISSION

- Préformation BP JEPS
- BPJEPS
- Animateur d'Equitation

**Photo
Obligatoire**

- Formation continue** **Apprentissage** **Contrat de professionnalisation**

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom | _____

Nom d'époux ou d'épouse | _____

Prénoms | _____

Sexe : F M

Né(e) le :/...../ à

Nationalité : Française U.E. Autre (précisez).....

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Divorcé(e) Union libre

Enfants à charge : Oui Non – Nombre | _____

N° Sécurité Sociale | _____

Vous êtes affilié à :

CPAM à la caisse de :

MSA :

Autre régime :

Etes-vous en situation de handicap ? Oui Non

Avez-vous une Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé ? Oui Non

Avez-vous besoin d'un aménagement pour les évaluations ? Oui Non

ADRESSE

Rue ou lieu-dit :

.....

Code postal | _____ | Commune :

Tél. Domicile | _____ | Liste rouge : Oui Non

Tél. portable | _____

Mail :

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE

A compléter en partant de la plus récente, vos activités professionnelles salariées, non salariées, de formation ou de chômage précédant l'entrée en formation. Toute expérience professionnelle inscrite dans ce tableau doit être effective et justifiée par des attestations ou bulletins de salaires.

Du j/m/année	Au j/m/année	Activité	Nom de l'employeur	Type de contrat (1)

(1) Contrat d'apprentissage – Contrat de professionnalisation – Contrat de qualification – CDD – CDI – CES – CAE – CUI

PROJET PROFESSIONNEL

Merci de décrire votre projet professionnel :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Avez-vous déjà participé à un stage de formation professionnelle : Oui Non

Je soussigné(e) (responsable légal pour les mineurs)

☞ déclare sur l'honneur l'exactitude des informations communiqués dans ce document

☞ seulement pour les apprentis : m'engage à payer la pension (internat-demi-pension) pendant la durée de la scolarité, conformément au tarif réglementaire. A défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement en soit poursuivi, conformément à la législation en vigueur.

A le Date et signature de l'apprenant	A le Si mineur, date et signature du responsable légal
--	---

Partie réservée à l'administration	<u>Pièces à joindre pour tous les candidats</u>
	Photocopie recto verso de la carte nationale d'identité en cours de validité ou du passeport en cours de validité ou titre de séjour pour les étrangers
	4 timbres au tarif en vigueur
	Photocopie de votre attestation d'assuré social en cours de validité
	Photocopie de l'attestation d'assurance en responsabilité civile
	Relevé d'identité bancaire de l'apprenant
	Photocopie livret de famille (toutes les pages référencées)
	Justificatif niveau équestre + pour le BP JEPS justificatif obtention des TEP ou CEP3
	Certificat médical de non contre-indication à la pratique et à l'encadrement de l'équitation datant de moins de six mois
	Justificatif de suivi d'une formation premiers secours (SST-PCS1)
	<u>Candidats ayant le permis de conduire</u> : photocopies de la carte grise du véhicule, de l'assurance et du permis de conduire
	<u>Français de moins de 25 ans</u> : attestation de recensement et certificat individuel de participation à l'appel de préparation à la défense
	<u>Candidats diplômés</u> : photocopie des diplômes déjà obtenus ou relevé de notes
	<u>Candidats ayant un ou plusieurs enfants</u> : photocopie livret de famille
<u>Pièces à joindre pour les demandeurs d'emploi</u>	
	Fiche de prescription de la formation * (France Travail, Mission Locale, etc..)
	Photocopie de l'avis de situation France Travail
	Curriculum vitae
<u>Pièces à joindre pour les candidats ayant déjà travaillé</u>	
	Photocopie du dernier certificat de travail
	Photocopie des 12 derniers bulletins de salaire
<u>Pièces à joindre pour les personnes ayant une reconnaissance de travailleur handicapé</u>	
	Photocopie de la décision

* Demande à faire auprès de votre référent. Sans ce document, votre formation ne pourra pas être financée par le Conseil Régional.

**LE DOSSIER EST A REMPLIR TRES LISIBLEMENT, SANS RATURE ET EN LETTRES
CAPITALES**

Pièces à joindre : attention de ne pas fournir les originaux de vos documents. Merci également de ne pas mettre d'AGRAPHES.

CFA-CFPPA DE CASTELNAUDARY
Avenue du Dr René Laennec - 11491 CASTELNAUDARY
☎ 04 68 94 59 00 – 06 19 15 52 97- Mail : cfppa.castelnaudary@educagri.fr

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e),

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mlle/ Mme/ M.

Né(e) le

Et avoir constaté, à ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique et l'encadrement **DES ACTIVITES AQUESTRES**

Certificat fait pour servi et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre le

A

Signature et cachet du médecin