



C.F.A. des Métiers de l'Agriculture

Unité de Formation en Apprentissage Saint-Nicolas (UFA)

10, avenue de la division Leclerc - 91430 Igny - ☎ 01 69 35 15 01 - 📠 01 69 41 85 72
Membre du CFA en réseau des métiers de l'agriculture et du Conseil National de l'Enseignement Agricole Privé (CNEAP)

DOSSIER DE CANDIDATURE

BAC PRO Productions Horticoles

Collez
une photo
d'identité
récente

*Nous nous engageons au respect de la confidentialité relative aux informations contenues dans ce document.
Merci de bien vouloir le renseigner le plus complètement possible.*

ETAT CIVIL PERSONNEL

Nom et Prénom :

date de naissance : âge :

lieu de naissance : département : nationalité :

adresse complète :

tél. personnel portable : adresse mail :

tel. Domicile :

N° personnel de sécurité social * :

en faire la demande auprès de la caisse d'assurance maladie. Le statut d'apprenti exige un numéro personnel et non le numéro de vos parents auquel vous êtes rattaché

Votre situation : Célibataire marié-e vie maritale séparé-e divorcé-e

PARENT et / ou PERSONNE A PREVENIR

Parenté : Père Mère , Père , Mère , Apprenti(e) seul(e) , Tuteur , Autre

Nom : Prénom :

Adresse :

CP : Ville :

tél. domicile : liste rouge , mail (écrire lisiblement) :

tel professionnel père : tel port professionnel :

tel professionnel mère : tel port professionnel :

STATUT SOUHAITÉ

½ pensionnaire

interne

externe

DROIT A L'IMAGE

J'autorise je n'autorise pas la reproduction, dans les supports de communication de l'établissement pour des besoins pédagogiques et non lucratifs, des photos et films pris dans le cadre de la formation sur lesquelles je peux figurer

DERNIERES FORMATIONS PRÉCÉDENTES

Etablissement d'origine précis (adresse, ville, CP)	titre ou diplôme	obtenu	date début	Date de fin
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		

MOYEN DE TRANSPORT

bus / RER vélo scooter ou moto voiture autre (précisez) :

INFORMATIONS MEDICALES

Groupe sanguin :

Vaccination / derniers rappels : Tetanos/polio :/...../..... BCG :/...../.....

Actes chirurgicaux : oui non

Date/...../..... De quelle opération s'agissait il ?

Date/...../..... De quelle opération s'agissait il ?

Veuillez indiquer sur le plan médical tous renseignements qui pourraient avoir une influence sur le suivi de la classe et de l'option choisie (T.P., E.P.S.).

.....

Contre-indications/Points à surveiller :

Nom du Médecin : Tel :

Adresse complète : Ville

Renseignements certifiés exacts et sincères le :

Signature :