CFA ADAPSSA
CFA des employeurs du Sanitaire, Social et Médico-social en Nouvelle-Aquitaine

DOSSIER DE CANDIDATURE APPRENTISSAGE

Année scolaire : .....

Votre inscription ne sera validée qu'après signature du contrat d'apprentissage par le CFA, sous réserve de places disponibles.

DIPLÔME VISÉ :.....

SITE DE FORMATION :.....

Photo d'idendité obligatoire

VOS INFORMATIONS

Madame Monsieur (*entourez votre civilité)*

Nom : .....

Nom de jeune fille : .....

Prénom(s) : .....

Né.e : ..... A : .....

Département de naissance :..... Pays de naissance : .....

Nationalité : .....

En situation de handicap : oui / non

(entourez la bonne réponse. Si oui : joindre la copie du justificatif ou de la demande).

N° de Sécurité Sociale : .....

N° INE (étudiant) : .....

VOS COORDONNÉES

Adresse du domicile : .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Pays : .....

Téléphone : .....

Mail : .....

VOTRE SITUATION AU MOMENT DE LA CANDIDATURE

(Entourez la bonne situation)

Etudiant.e - Salarié.e - Alternant.e - Demandeur d'emploi - Autre *(précisez)* : .....

VOTRE EMPLOYEUR POUR LA SIGNATURE DU CONTRAT D'APPRENTISSAGE

Si au moment de votre candidature, vous avez déjà un contact employeur, merci de compléter les information suivantes :

Nom de la structure : .....
Statut de la structure : Privé - Public *(entourez le bon statut)*
Nom du contact employeur : .....
Téléphone : .....

Mail : .....

ATTENTION

Les pièces obligatoires + la fiche d'inscription sont à retournés complétés au service apprentissage : contact@cfa-adapssa.fr

PIÈCES OBLIGATOIRES A JOINDRE À VOTRE DOSSIER DE CANDIDATURE

Pourquoi joindre un CV à jour ? Pour bénéficier du soutien du CFA ADAPSSA dans la recherche de votre employeur. Votre recherche active est néanmoins nécessaire.

- ☐ CV et lettre de motivation
- ☐ Copie carte identité
- ☐ Copie des diplômes
- ☐ Copie justificatif de reconnaissance RQTH

Je soussigné(e) _____ déclare avoir pris connaissance :

De la législation en vigueur concernant l'apprentissage (loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel) ;
De l'obligation à me présenter aux convocations éventuelles (entretiens) du CFA ;
Du fait que mon inscription ne sera définitive qu'après la signature du contrat d'apprentissage par toutes les parties (Employeur/CFA/UFA/Apprenti.e) ;
Du relais possible du CFA dans ma recherche d'employeur (informations offre d'emploi, conseils CV, aides financières employeurs...) ;
De la possibilité de modifier à tout moment, les données me concernant en contactant la Déléguée à la Protection des données (DPD) de l'Adapssa : contact@cfa-adapssa.fr

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et m'engage à signaler au service apprentissage : contact@cfa-adapssa.fr toutes modifications relatives à mon dossier (coordonnées employeurs potentiels, changement d'adresse postale et électronique, téléphone...)

Fait à _____ le _____

Signature :

CFA ADAPSSA
CFA des employeurs du Sanitaire, Social et Médico-social en Nouvelle-Aquitaine

DROIT A L'IMAGE

Autorisation de reproduction et diffusion

Nom : .....
Prénom(s) : .....
Adresse : .....
Téléphone : ..... Mail : .....

Je certifie être majeur(e) et pouvoir donner librement mon consentement à la présente autorisation accordée à Hapogys dans le cadre de la communication interne et externe de l'Association.

MODALITES DE DIFFUSION

Je donne mon accord pour l'utilisation de mon image en tout ou partie, et ce à titre gracieux, dans le monde entier, sans limitation de nombre, en tout format, dans tout type de document, sur tous supports connus actuels ou à venir, et par tous moyens connus actuels ou à venir, et notamment sur internet, et ce dans le respect de la dignité humaine et des valeurs associatives.

DUREE

Cette cession de droit est valable pour une durée de 5 ans, à compter de la date de signature de la présente.

DROITS DE LA PERSONNE

Conformément à la RGPD, mes données personnelles, ainsi que les photographies et vidéos correspondantes, sont enregistrées par Hapogys, sur un fichier informatisé, qui s'engage à ne pas les communiquer, ni les utiliser à d'autres fins.

Conformément à la loi « informatique et libertés », je bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations me concernant de la base de données de l'Association, en formulant la demande à l'adresse électronique suivante : communication@hapogys.fr

Fait le à et établi en 2 exemplaires

Signature : Faire précéder de la mention manuscrite « lu et approuvé, bon pour accord »

□ En cas de refus de votre part, merci de cocher cette case et de nous retourner le document dûment rempli. Hapogys s'interdira alors expressément de procéder à l'utilisation de votre image.