

Dossier de candidature - Formation en apprentissage en 2 ans
BF Soigneur-animateur + TPF animateur d'équitation (niveau 3)

Identité du Candidat	
Sexe	Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
NOM	Prénom
Adresse	Voie : Code Postal : Ville :
Tél Personnel	
Mail	
Date de naissance	
Lieu de naissance	Ville : Département :
Pays de naissance	
N° Sécurité sociale (NIR)	
Nationalité	Française <input type="checkbox"/> Union Européenne (UE) <input type="checkbox"/> Hors UE <input type="checkbox"/>
Situation familiale	Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/>
Situation de handicap (RQTH)	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
N° Licence FFE	
N° INE (Identifiant National Étudiant)	
Permis de conduire	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Type(s) : A Moto <input type="checkbox"/> B Auto <input type="checkbox"/> C < 750 Kg <input type="checkbox"/> C1 de 3,5 à 7,5 T et remorque moins 750 Kg <input type="checkbox"/> C1 E de 3,5 à 7,5 T et remorque plus de 750 Kg <input type="checkbox"/> E Remorque <input type="checkbox"/>
Taille pour vestes softshell	XS S M L XL XXL

Coordonnées représentants légaux (si candidat(e) mineur(e))

Représentant légal 1		Représentant légal 2 (le cas échéant)
NOM		
Prénom		
Date de naissance		
Mail		
Téléphone(s)		
Adresse		
Qualité (mère, père, tuteur...)		

Parcours de formation

	Situation actuelle	Situation antérieure
	2023-2024	2022-2023
Situation à l'inscription	Collégien <input type="checkbox"/> Lycéen <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> En formation continue <input type="checkbox"/> Salarié CDD <input type="checkbox"/> Salarié CDI <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Travailleur indépendant <input type="checkbox"/> Autre :	Collégien <input type="checkbox"/> Lycéen <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> En formation continue <input type="checkbox"/> Salarié CDD <input type="checkbox"/> Salarié CDI <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> Travailleur indépendant <input type="checkbox"/> Autre :
Intitulé du diplôme		
Nom et Ville de l'établissement fréquenté (collège, lycée, MFR, Université...)		
	Si Apprenti Numéro de DECA de votre contrat d'apprentissage (à demander à votre employeur ou CFA actuel*) :	
	*Si autre CFA que CFA CRE ARA	
Diplôme(s) obtenu(s)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'examen cette année là <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pas d'examen cette année là <input type="checkbox"/>

Dernier diplôme obtenu	
Diplôme le plus élevé obtenu	

Expériences professionnelles : Joindre un CV

Autres informations

Aménagements d'épreuves nécessaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquels :
Adaptations pédagogiques nécessaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles :
Avez-vous postulé dans d'autres établissements	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, pour quelles formations :
Zone géographique (mobilité possible)		
Contrat d'apprentissage	<input type="checkbox"/> Lettre d'engagement d'entreprise <input type="checkbox"/> En recherche de contrat	
Comment avez-vous connu cette formation ?	<input type="checkbox"/> Réseaux sociaux (Instagram, Facebook, LinkedIn) <input type="checkbox"/> Evènements (EquitaLyon, CSI, Equimasters) <input type="checkbox"/> Connaissances (Amis, Moniteurs,...) <input type="checkbox"/> Sites : <input type="checkbox"/> CFA <input type="checkbox"/> UFA <input type="checkbox"/> Equi-ressources	

Cadre réservé CFA UFA	PIECES A JOINDRE A CE DOSSIER
------------------------------	--------------------------------------

	Copie pièce d'identité,
	Copie des diplômes obtenus et du galop le plus élevé
	Copie des bulletins scolaires de la dernière année suivie
	Copie de l'attestation Prévention et Secours Civiques de niveau 1 (PSC1) ou d'une attestation reconnue équivalente par la réglementation en vigueur,
	Certificat médical de « non contre-indication à la pratique et à l'encadrement de l'équitation ET de l'équitation en compétition » datant de moins d'un an à la date de l'entrée en formation,
	Curriculum Vitae
	Copie de la carte vitale ou attestation de droit CPAM
	Une photo d'identité pour la carte d'étudiant des métiers
	Droit à l'image
	Fiche Urgence
	Copie de l'attestation de recensement
	Copie du certificat individuel de participation à la Journée Défense et Citoyenneté (candidats entre 16 et 25 ans)
	Le cas échéant, dossier de demande d'aménagement pour les personnes en situation de handicap,

Signature du candidat	Le
------------------------------	----

Signature du représentant légal si candidat mineur	
---	--

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 et au Règlement Général sur la Protection des Données Personnelles, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à cfa.ara@cre.ffe.com. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.



Dossier complet à retourner

Par mail à cfa.ara@cre.ffe.com

Choix de votre Unité de Formation par Apprentissage (à cocher dans la 1ere colonne)

Choix UFA (à cocher)	Dept	Unité de Formation par Apprentissage	Adresse	site	Tel et mail
	42	LAP SAINT ANDRE	1 rue du petit Lavoir 42450 Sury Le Comtal	https://www.lycee-saintandre.fr/	04 77 30 83 12 - Touche n°3 virginie.zantedeschi@cneap.fr
		et CENTRE EQUESTRE DE LA ROCHE	Lieu dit "La Roche" 42680 St Marcellin En Forez	https://www.centre-equestre-laroche.com/	infocequestredelaroche@orange.fr

27/02/2024



AUTORISATION DE DIFFUSION

Formation suivie : Animateur Equitation

Année : 2024-2025

Je, soussigné(e) (Nom Prénom de l'Apprenti(e)) _____,

Accepte d'être photographié(e) et filmé(e) lors des temps de formation en UFA (Unité de Formation par Apprentissage), et autorise le CFA CRE ARA à reproduire et à diffuser, directement ou par l'intermédiaire de tiers, à titre non exclusif et pour le monde entier, les photographies et vidéos me représentant ainsi qu'à exploiter ces clichés, en partie ou en totalité, sous toute forme et sur tous supports

Le droit d'exploiter les photographies et vidéos me représentant comprend notamment :

- Documents de communication physiques ou numériques (brochures, catalogue formation, affiches, kakémonos, site Internet, bannières...)
- Articles et annonces parus dans la presse,
- Internet et réseaux sociaux du CFA CRE ARA et de l'UFA.

Les utilisations de mon image ne devront en aucune façon porter atteinte à ma vie privée, et plus généralement me nuire ou me causer un quelconque préjudice.

Je reconnais par ailleurs que je ne suis lié(e) à aucun contrat exclusif sur l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Cette autorisation de l'utilisation de mon image à une validité de 5 ans à compter de sa signature et est consentie à titre gracieux.

N'accepte pas d'être photographié(e) et filmé(e) lors des temps de formation

Fait à _____, le _____

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » - Bon pour accord
Par l'apprenti(e) ou son représentant légal si mineur(e)

FICHE URGENCE MEDICALE

NOM : Prénom :
Né (e) le : Diplôme préparé : ANIMATEUR EQUITATION
Adresse :
Tél Domicile : Tél. portable :

Médecin traitant :
NOM Prénom :
Adresse :
Tél :

Personne(s) à joindre en cas d'urgence :
NOM(S) Prénom(s) :
Tél Domicile : Tél. portable : Tél. professionnel :
Lien avec l'apprenti (père, mère, conjoint...) :

INFORMATIONS EVENTUELLES A TRANSMETTRE AUX URGENCES

GROUPE SANGUIN :

Observations importantes : (contre-indications, antécédents médicaux, allergies, traitements en cours, médicaments...)

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus et m'engage à informer l'UFA de toute modification de ces dernières au cours du contrat.

Date :

Signature de l'apprenti.e ou représentant.e légal.e pour les mineur.e.s

CERTIFICAT MÉDICAL DE NON CONTRE-INDICATION
Formation animateur Equitation

Je soussigné(e),

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

Mme/M

Né(e) le

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable,
contre-indiquant **la pratique, l'encadrement de l'équitation et la
pratique de l'équitation en compétition.**

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande
de l'intéressé(e) et remis en mainpropre.

le / /2024 A

Signature et cachet du médecin