

## DOSSIER D'INSCRIPTION

### CAPA - Jardinier Paysagiste 2026/2027

#### ETAT CIVIL ET COORDONÉES DE L'APPRENTI(E)/APPRENANT(E)

|                                                                                                                         |                                                          |                                                  |                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Nom :                                                                                                                   | Prénom :                                                 |                                                  |                                            |
| Prénoms                                                                                                                 | Sexe :                                                   | <input type="checkbox"/> M                       | <input type="checkbox"/> F                 |
| Adresse :                                                                                                               |                                                          |                                                  |                                            |
| CODE POSTAL :                                                                                                           | VILLE :                                                  |                                                  |                                            |
| Téléphone :                                                                                                             | Adresse Mail :                                           |                                                  |                                            |
| Autorise la communication des coordonnées : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON                   |                                                          |                                                  |                                            |
| N° De Sécurité Sociale de l'apprenti ( <b>Attention !</b> Ne pas utiliser le numéro de sécurité sociale des parents.) : |                                                          |                                                  |                                            |
| Date de naissance :                                                                                                     | Département :                                            | Pays :                                           |                                            |
| Lieu de naissance :                                                                                                     | Nationalité :                                            |                                                  |                                            |
| Régime :                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Externe                         | <input type="checkbox"/> Interne*                | <input type="checkbox"/> Demi-Pensionnaire |
| <b>*(Attribution de la place 1ere quinzaine de juillet, en fonction des places disponibles)</b>                         |                                                          |                                                  |                                            |
| INE-INA :                                                                                                               |                                                          |                                                  |                                            |
| <input type="checkbox"/> Jeune Sapeur-Pompier                                                                           | <input type="checkbox"/> Sauveteur Secouriste du Travail |                                                  |                                            |
| <input type="checkbox"/> Prévention et Secours Civiques de niveau1                                                      |                                                          |                                                  |                                            |
| Avez-vous la reconnaissance travailleur handicapé (RQTH) ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON    |                                                          |                                                  |                                            |
| Avez-vous besoin d'un accompagnement spécifique ?                                                                       |                                                          |                                                  |                                            |
| <input type="checkbox"/> PAP                                                                                            | <input type="checkbox"/> PAI                             | <input type="checkbox"/> Aménagement à l'examens | <input type="checkbox"/> Autre             |
| Si « Autre », Veuillez préciser :                                                                                       |                                                          |                                                  |                                            |

**RESPONSABLE LEGAL N°1**

- ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur  
☐ Apprenti(e)/Apprenant(e) lui(elle) même ☐ Autres (à préciser)

Nom : Prénom :

Email :

Adresse (Si différente de l'apprenti(e)) :

**RESPONSABLE LEGAL N°2**

- ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur  
☐ Autres (à préciser)

Nom : Prénom :

Email :

Adresse (Si différente de l'apprenti(e)) :

### SITUATION FAMILIALE DES PARENTS

☐ Marié      ☐ Divorcé      ☐ Veuf (ve)      ☐ Concubinage      ☐ PACS

### RESPONSABLE DU PAIEMENT DES FACTURES

☐ Père et mère      ☐ Père      ☐ mère      ☐ Tuteur      ☐ Apprenti(e)      ☐ Autres

Si « Autres » précisez :

### EN CAS D'URGENCE

Indiquer le(s) nom(s) des personnes pouvant être contactées :

NOM :

Prénom :

Lien éventuel de parenté :

N° de téléphone :

### CONTRAT D'APPRENTISSAGE

Avez-vous trouvé un maître d'apprentissage ?      ☐ OUI      ☐ NON

Nom de l'entreprise :

N° SIRET :

Adresse de l'entreprise :

**DERNIER ETABLISSEMENT FREQUENTE OU DERNIERE FORMATION**

SITUATION 2025/2026 : ☐ scolaire ou étudiant ☐ Apprenti(e)

Quelle classe :

**Veuillez être précis (ex : 3ème générale, 3ème prépa-métiers, CAP PSR 1ère année, BAC Pro AP 2ème année, etc.)**

ETABLISSEMENT (adresse complète) :

Dernier diplôme obtenu ou titre préparé :

**AVANT APPRENTISSAGE SI APPRENTISSAGE IL Y A EU**

SITUATION AVANT APPRENTISSAGE :

☐ Autre ☐ Chômage ☐ Contrat de Qualification ☐ Classe

Quelle classe :

ETABLISSEMENT avant apprentissage :

Diplôme le plus élevé obtenu :

Je soussigné(e) père-mère-tuteur-autre (rayer les mentions inutiles)

☐ Certifie sur l'honneur les renseignements précisés sur ce document.

☐ M'engage à payer la pension (Internat – demi-pension) pendant la durée de la scolarité, conformément à la réglementation en vigueur.

Fait à

Le

Signature