



Centre de Formation Professionnelle et de Promotion Agricole

DOSSIER D'INSCRIPTION

Brevet Professionnel option responsable de productions légumières, fruitières, florales et de pépinière

**PHOTO
D'IDENTITE
OBLIGATOIRE**

RESERVE A L'ADMINISTRATION

Date de l'entretien de positionnement :

Stagiaire disposant des prérequis : OUI NON

Stagiaire disposant des préacquis : OUI NON

Validation du projet professionnel et personnel : OUI NON

Validation de l'orientation : OUI NON

Informations sur la procédure de recrutement données : OUI NON

Observation(s) éventuelle(s) :

.....
.....
.....
.....

INFORMATIONS DU CANDIDAT :

NOM : NOM de jeune fille :

.....

Prénom(s) :

Date de naissance : à : Département ou Pays :

.....

Nationalité française : Oui Non

Membre Union Européenne : Oui Non Autre nationalité :

.....

Coordonnées (veuillez contacter l'administration du CFPPA pour tout changement de ces coordonnées)

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

.....

Tél. Domicile : Tél. Portable :

.....

Email : @

.....

Régime de protection sociale

(1) Ce dossier est à remplir très lisiblement, sans rature et en lettre capitales, en utilisant l'ordre des prénoms de l'état civil inscrits sur la Carte Nationale d'Identité (CNI) ou autre pièce d'identité

- Sécurité sociale
 Mutualité Sociale Agricole
 Autre protection sociale :
.....
 Aucune protection

N° de sécurité sociale :
.....

Etes-vous reconnu travailleur handicapé ? : Oui Non

Situation familiale

Célibataire
 Marié(e)
 Autre (précisez):
.....

Nombre d'enfants à charge (et âge) :

Divers :

Permis : Oui Non Si oui, précisez lequel :

Avez-vous un véhicule ? : Oui Non

Régime d'accueil souhaité : Externe ½ pensionnaire Interne

Statut socio-professionnelle de votre ou vos parent(s) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Agriculteur | <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant et chef d'entreprise |
| <input type="checkbox"/> Cadre et profession intellectuelle supérieure | <input type="checkbox"/> Employé |
| <input type="checkbox"/> Ouvrier | <input type="checkbox"/> Retraité |
| <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle | |

NIVEAU DE FORMATION :

| | Diplôme(s) et option | Date/année | Résultat | Mention |
|------------------------------|----------------------|------------|---|---------|
| Diplôme(s) préparé(s) | | | <input type="checkbox"/> Obtenu <input type="checkbox"/> Non obtenu | |
| | | | <input type="checkbox"/> Obtenu <input type="checkbox"/> Non obtenu | |
| | | | <input type="checkbox"/> Obtenu <input type="checkbox"/> Non obtenu | |

Pour les personnes sans diplôme :

- Dernière classe fréquentée :
- Date de sortie de scolarité :
- Nom et adresse du dernier établissement fréquenté :
.....
....
.....
....

Avez-vous déjà suivi une formation financée par la Collectivité Territoriale Corse ? Oui Non

Si oui, laquelle ?.....Année :
.....

ACTIVITES PROFESSIONNELLES ET STAGES :

1 – Situation actuelle

Demandeur d'emploi :

- Inscrit depuis le :

(1) Ce dossier est à remplir très lisiblement, sans rature et en lettre capitales, en utilisant l'ordre des prénoms de l'état civil inscrits sur la Carte Nationale d'Identité (CNI) ou autre pièce d'identité

- Identifiant Pôle Emploi :
- Lieu d'inscription :

Mission locale (si moins de 25 ans) : Oui Non

Si oui, quelle agence :

.....

Nom du conseiller :

Type de rémunération : Droits Pôle Emploi ARE RSA ASS Autres (précisez) :

.....

(1) Ce dossier est à remplir très lisiblement, sans rature et en lettre capitales, en utilisant l'ordre des prénoms de l'état civil inscrits sur la Carte Nationale d'Identité (CNI) ou autre pièce d'identité

Bénéficiaire de contrat aidé (nom du contrat) : Oui Non Si oui, quel type de contrat :

.....

Dernier emploi occupé :

Date de fin de contrat :

Salarié(e)

En contrat depuis le :

Nom de l'entreprise :

Intitulé du poste :

Lieu de l'entreprise :

Type de contrat :

Statut :

Cadre et profession intellectuelle supérieure

Profession intermédiaire

Employé(e)

Ouvrier

Nom de l'entreprise : A

Intitulé du poste :

Vos missions :

.....

Contrat CDD (durée) CDI Stage Autre :

Aide familial (e) ou conjoint d'exploitant, depuis le :

Cotisant solidaire, depuis le :

Exploitant(e) agricole, depuis le :

Travailleur indépendant :

Artisan, depuis le :

Commerçant, depuis le :

Auto entrepreneur, depuis le :

Gérant égalitaire ou majoritaire, depuis le :

Inactif : scolaire, étudiant

Inactif en formation professionnelle continue

2 – Expérience(s) professionnelle(s) antérieure(s) (le cas échéant, prioriser les expériences professionnelles dans le secteur agricole)

| DATE DE DEBUT | DATE DE FIN | DUREE ANNEE - MOIS | POSTE OCCUPE | ACTIVITE | NOM DE L'ENTREPRISE |
|---------------|-------------|--------------------|--------------|----------|---------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

PROJET PROFESSIONNEL

1 – Vos motivations

Indiquez les raisons qui ont motivées votre choix de vous positionner sur cette formation et présentez votre projet professionnel (vous pouvez joindre un ou plusieurs documents pour étoffer cette partie) :

.....

(1) Ce dossier est à remplir très lisiblement, sans rature et en lettre capitales, en utilisant l'ordre des prénoms de l'état civil inscrits sur la Carte Nationale d'Identité (CNI) ou autre pièce d'identité

Reprise / création d'exploitation

- Création d'exploitation Reprise Salarial
- Cadre familial Parent(s) Autre (oncle, frère ...)
- Hors cadre familial

Votre projet d'installation

Installation en société agricole

- Installation individuelle avec votre conjoint(e) Avec des associés
- GAEC Nombre d'associé :
- EARL Nombre d'associé :
- SCEA
- Association
- Autre forme envisagée :

L'exploitation à créer ou à reprendre

Surface : Agrandissement prévu lors de l'installation : oui non
 Lieu d'installation :

Activités principales

- Apiculture Type :
- Elevage Type :
- Arboriculture Type :
- Viticulture Type :
- Maraîchage Type :
- PPAM Type :

Activité(s) complémentaire(s)

- Existante En réflexion Non envisagée
- Nature :

FINANCEMENT DE LA FORMATION

- Collectivité de Corse
- Financement OPCO
- Financement personnel
- Autre:

.....

(1) Ce dossier est à remplir très lisiblement, sans rature et en lettre capitales, en utilisant l'ordre des prénoms de l'état civil inscrits sur la Carte Nationale d'Identité (CNI) ou autre pièce d'identité

VALIDATION DU DOSSIER D'INSCRIPTION

Je soussigné(e) (Nom, Prénom) , certifie l'exactitude de l'ensemble des renseignements fournis dans ce dossier d'inscription.

Fait à le.....

Signature :

Comment avez-vous eu connaissance de l'existence de la formation ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Profession agricole | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Foires | <input type="checkbox"/> Anciens stagiaires |
| <input type="checkbox"/> Organisations professionnelles | <input type="checkbox"/> Journées portes ouvertes |
| <input type="checkbox"/> Presse, radios, TV | |
| <input type="checkbox"/> Pôle Emploi, mission locale | |

DOCUMENTS A ENVOYER AVEC CE DOSSIER :

- Prescription de formation Pôle Emploi ou Mission Locale ou Cap Emploi (à remettre au plus tard le jour de votre entrée en formation)
- Notification de droits Pôle Emploi (à remettre au plus tard le jour de votre entrée en formation)
- Curriculum Vitae détaillé
- Copie d'une pièce d'identité en cours de validité
- Copie de votre attestation d'ouverture de droits sécurité sociale
- Justificatif de domicile ou attestation d'hébergement (attestation, carte d'identité de l'hébergeant et facture)
- Copie du ou des diplôme(s) en votre possession
- Attestation de la Journée d'Appel à la défense pour les moins de 25 ans
- Attestation de reconnaissance en qualité de travailleur handicapé
- Une photo d'identité
- Copie du certificat de vaccination contre le tétanos*
- Copie du test allergique au venin d'abeilles pour les candidats au BP REA Apiculture*

**à fournir lors de l'entrée en formation si vous êtes retenu(e)*

IMPORTANT : nous vous demandons de compléter ce dossier de candidature avec beaucoup d'attention. Les dossiers incomplets ne seront pas présentés à la commission de recrutement.

Votre inscription ne sera définitive qu'après avis favorable de la commission de recrutement et sous réserve de la mise en place officielle de la formation.

(1) Ce dossier est à remplir très lisiblement, sans rature et en lettre capitales, en utilisant l'ordre des prénoms de l'état civil inscrits sur la Carte Nationale d'Identité (CNI) ou autre pièce d'identité

AUTORISATION DE FILMER, PHOTOGRAPHER, EXPLOITER L'IMAGE ET DIFFUSER L'IMAGE

Je soussigné(e) ,
apprenti(e) en

.....au CFAA Borgo Marana autorise l'EPLEFPA à :

- Me filmer (et/ou photographeur), sans contrepartie de quelque nature que ce soit,
- Utiliser, sans contrepartie de quelque nature que ce soit mon image aux fins d'un document à vocation pédagogique,
- Diffuser, sans contrepartie de quelque nature que ce soit mon image sur le site internet de l'établissement,
- Se servir de mon image, sans contrepartie de quelque nature que ce soit sur des outils de communication dans un but d'information sur les métiers de l'agriculture, les formations dispensées et l'établissement.

Cette autorisation exclut toute autre utilisation de l'image, notamment dans le but commercial.

Fait à

Le

Signature du représentant légal de l'apprenti (si mineur)

Précédée de la mention « lu et approuvé – bon pour accord

Signature de l'apprenti (si majeur)

Précédée de la mention « lu et approuvé – bon pour accord

(1) Ce dossier est à remplir très lisiblement, sans rature et en lettre capitales, en utilisant l'ordre des prénoms de l'état civil inscrits sur la Carte Nationale d'Identité (CNI) ou autre pièce d'identité

Rentrée Scolaire 2025 / 2026

Campus Corsic'Agri Borgo-Marana
650, route de Poretone
20290 BORGIO
Infirmière: 04.95.30.21.28 - emilie.revel1@educagri.fr

FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Cette fiche est confidentielle, elle est remise avec la photocopie du carnet de vaccination sous **enveloppe cachetée ou par mail à l'adresse professionnelle de l'infirmière** (ci-dessus).

Ces données seront conservées 2 ans après le départ de l'apprenant et seront traitées par le personnel de santé de l'établissement et les médecins.

Nom : **Prénom :**

Classe : **Date de naissance :**

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

(exemple: asthme, épilepsie, migraines, diabète, difficultés psychologiques...)

Traitement(s) éventuel(s) :

Les traitements doivent être impérativement remis au service de l'infirmierie avec un duplicata ou une photocopie de l'ordonnance.

Allergies :

| | | | |
|------------------------------------|-------------------|-----|-----|
| L'apprenant a-t-il des allergies ? | Médicamenteuses ? | OUI | NON |
| | Alimentaires ? | OUI | NON |
| | Autres ? | OUI | NON |

Si oui lesquelles (facultatif) ?

Projet d'accueil individualisé (PAI) :

- | | | |
|--|-----|-----|
| • A-t-il déjà eu un projet d'accueil individualisé (PAI) mis en place ? | OUI | NON |
| <u>Si oui, pour les nouveaux apprenants merci de bien vouloir le joindre</u> | | |
| • Souhaitez-vous mettre en place un PAI ? | OUI | NON |

(1) Ce dossier est à remplir très lisiblement, sans rature et en lettres capitales, en utilisant l'ordre des prénoms de l'état civil inscrits sur la Carte Nationale d'Identité (CNI) ou autre pièce d'identité

Troubles de la santé ou Troubles de l'apprentissage :

Concernant les troubles suivants, sauf information contraire de votre part, sachez que ceux-ci seront transmis à l'équipe éducative pour qu'elle élabore: PAP, GEVA-sco, PPS, demande d'aménagement d'épreuve ou autre.

Si vous refusez la transmission à l'équipe éducative, cochez cette case :

La personne présente-elle un des troubles suivants :

- | | | |
|---------------------------------------|-----|-----|
| • Dyslexie ? | OUI | NON |
| • Dysorthographe ? | OUI | NON |
| • Dyscalculie ? | OUI | NON |
| • Dyspraxie ? | OUI | NON |
| • Déficience visuelle ? | OUI | NON |
| • Déficience auditive ? | OUI | NON |
| • Trouble du spectre l'autisme(TSA) ? | OUI | NON |
| • Autre ? Précisez : | | |

**Si vous avez coché « oui », merci de joindre les documents
+ bilans médicaux ou paramédicaux récents.**

Remarques particulières que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel de santé

Fait à :, le :

Signature d'un représentant légal ou de l'élève majeur

(1) Ce dossier est à remplir très lisiblement, sans rature et en lettre capitales, en utilisant l'ordre des prénoms de l'état civil inscrits sur la Carte Nationale d'Identité (CNI) ou autre pièce d'identité

Rentrée Scolaire 2025 / 2026

Campus Corsic'Agri Borgo-Marana
650, route de Porettonne
20290 BORGIO
Infirmière : 04.95.30.21.28 - emilie.revel1@educagri.fr

FICHE D'URGENCE

Document non confidentiel

Consultable par l'ensemble des personnels de l'établissement, service de secours, à remplir par un représentant légal.

Nom : Prénom :

Classe : Régime : INT DP EXT

Date de Naissance : Lieu de naissance :

Numéro de portable de l'élève (facultatif) :

Personnes à prévenir :

| Responsable 1 | Responsable 2 | Autres : Précisez : |
|----------------|----------------|---------------------|
| Nom : | Nom : | Nom : |
| Prénom : | Prénom : | Prénom : |
| Adresse : | Adresse : | Adresse : |
| Tél domicile : | Tél domicile : | Tél domicile : |
| Tél travail : | Tél travail : | Tél Travail : |
| Portable : | Portable : | Portable : |
| Email : | Email : | Email : |

Adresse de l'élève si différente :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Observations particulières que vous jugerez utile de signaler (maladies, allergies, traitements, précautions à prendre) :

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :

Joindre une photocopie des vaccinations

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève ou l'étudiant accidenté ou malade, vers l'hôpital le mieux adapté. Le transport est assuré par les services de secours d'urgence.

Dans tous les cas, l'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un représentant légal. Le responsable légal s'engage à prévenir de modifications concernant les données transmises.

A, le

Signature d'un représentant légal :

Ce document sera conservé durant l'année scolaire en cours

(1) Ce dossier est à remplir très lisiblement, sans rature et en lettre capitales, en utilisant l'ordre des prénoms de l'état civil inscrits sur la Carte Nationale d'Identité (CNI) ou autre pièce d'identité

DOSSIER D'INSCRIPTION
En vue de la délivrance d'un diplôme en UC
CANDIDAT APPRENTI OU EN FORMATION CONTINUE

Attention : ce dossier doit être complété par le candidat dès le début de la formation

MINISTERE CHARGE DE L'AGRICULTURE
DIRECTION GENERALE DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA
RECHERCHE

Direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture
et de la forêt

Région : **CORSE**

NOMS ET PRENOMS DU CANDIDAT (1) :

.....

.....

Qui reconnaît avoir pris connaissance des conditions de son inscription au diplôme :

Du : Brevet Professionnel

Option/série : Responsable de productions légumières, fruitières, florales et de pépinières

UCARE : Agricole

Diplôme détenus :

.....

.....

.....

Date et signature du candidat ou de son représentant légal (pour les mineurs) :

Statut (barrer la mention inutile)

~~Apprentissage~~ Formation continue

COMPOSITION DU DOSSIER – TOUT DOSSIER DOIT ETRE COMPLETE AVANT LA VALIDATION DES UC

- Une photocopie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité
 - Pour les étudiants étrangers originaires d'un pays non-européen, une photocopie du titre de séjour en cours de validité
 - Documents relatifs à la situation au regard des obligations militaires (candidats français entre 16 et 25 ans)
 - La fiche d'inscription (édition 101 d'INDEXA2-UC) signée du candidat et du chef d'établissement
 - Une copie du contrat d'apprentissage (signé des trois parties)
Ou justificatifs de l'expérience professionnelle (bulletins de salaire, certificat de travail)
- Les candidats qui bénéficient d'acquis académiques leur permettant une dispense d'UC ainsi que les candidats sollicitant une inscription à une Certification de Spécialisation (CS) devront fournir en outre :
- La copie des diplômes, titres, certificats détenus

Cachet du centre de formation

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle garantit aux candidats un droit d'accès et de rectification pour les données le concernant auprès de la Direction Régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt (Service Régional de la Formation et du Développement).

(1) Ce dossier est à remplir très lisiblement, sans rature et en lettre capitales, en utilisant l'ordre des prénoms de l'état civil inscrits sur la Carte Nationale d'Identité (CNI) ou autre pièce d'identité