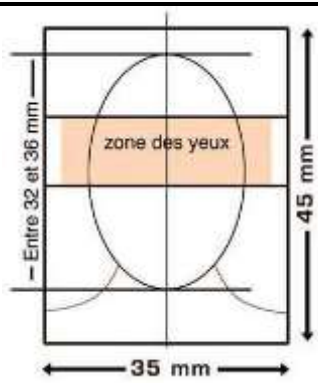


**À remettre au secrétariat du  
CENTRE DE FORMATION et APPRENTISSAGE**

INFORMATIONS CNIL : Les informations mentionnées dans ce document feront l'objet d'un traitement automatisé. Conformément à l'article 27 de la loi n°78 du 6 janvier 1978, chaque élève bénéficie du droit d'accès au fichier informatique établi par le C.R.I.H. pour les informations le concernant.

<b>IDENTITÉ (LIBELLER EN LETRES CAPITALES)</b>	NOM DE NAISSANCE.....	
	NOM MARITAL .....	
	PRENOM .....	
	NATIONALITE (en toutes lettres) .....	
	DATE DE NAISSANCE /_/_/_/_/_/ (JJ/MM/AAAA)	
	ÂGE ..... PAYS DE NAISSANCE.....	
	COMMUNE ET CODE POSTAL DE NAISSANCE.....	
	ADRESSE .....	
	ADRESSE SUITE .....	
	VILLE ..... CODE POSTAL /_/_/_/_/	
TEL /_/_/_/_/_/_/_/ PORTABLE /_/_/_/_/_/_/_/		
COURRIEL ..... @ .....		
<b>Comment avez-vous connu notre centre de formation :</b>		
<input type="checkbox"/> Site internet <input type="checkbox"/> Forum (préciser) ..... <input type="checkbox"/> Journaux/Affichages <input type="checkbox"/> Employeurs		
<input type="checkbox"/> Connaissances <input type="checkbox"/> Pub Cinéma <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : .....		
Avez-vous des besoins spécifiques pour l'aménagement de vos épreuves (sélection et/ou en formation) ?		
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
<b>DIPLÔMES OBTENUS</b>	J'atteste sur l'honneur déclarer l'ensemble des mes titres et diplômes possédés : <b>Merci de préciser tous vos diplômes....</b>	Signature :
	<input type="checkbox"/> CAP Spécialité ..... ANNEE /_/_/_/	
	<input type="checkbox"/> BEP Spécialité..... ANNEE /_/_/_/	
	<input type="checkbox"/> BAC Série ..... ANNEE /_/_/_/	
<input type="checkbox"/> DIPLÔME SUPÉRIEUR – Préciser : ..... ANNEE /_/_/_/		
<u>Le cas échéant :</u> Niveau Scolaire (dernière classe fréquentée) : ..... ANNEE /_/_/_/		
<b>STATUT DU CANDIDAT</b>	<input type="checkbox"/> Continuité de parcours scolaire .....	
	<input type="checkbox"/> Demandeur d'Emploi Indemnisé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non N°Identifiant ..... Date Fin de droit : .....	
	<input type="checkbox"/> Allocataire RSA      N°Allocataire .....      Organisme de suivi : .....	
	<input type="checkbox"/> Salariée <input type="checkbox"/> Contrat de prof. <input type="checkbox"/> Contrat d'Apprentissage <input type="checkbox"/> Dispositif PRO-A	
	Coordonnées de l'employeur. ....	
	Date de début et de fin de contrat (sauf pour les PRO-A) : du ..... au .....	
	N°Identifiant ..... Date Fin de droit : .....	
	<input type="checkbox"/> Projet de Transition Professionnelle :      Accord obtenu : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> attente	
	<input type="checkbox"/> Compte Personnel de Formation (CPF) :      Montant CPF : .....	
	<b>ENGAGEMENT D'INSCRIPTION</b> Date : ..... Signature du candidat :	

## **PIECES A FOURNIR** **OBLIGATOIREMENT AU DOSSIER**

- Fiche d'inscription dûment renseignée
- Lettre de motivation manuscrite motivant le projet de formation choisi
- Curriculum Vitae précisant notamment les dates de début et de fin de contrat de travail et type de contrat (CDI, CDD, Contrats Aidés ...)
- Copie de la carte d'identité en cours de validité (recto/verso)
- Copie de l'Attestation de droit Carte Vitale (avec les droits ouverts en cours de validité)  
(pas la copie de la carte vitale)
- 2 photos d'identité :
  - Une collée sur la fiche d'inscription
  - La deuxième ici avec un trombone
- Copie des bulletins de notes des 2 dernières années de scolarité *uniquement pour les candidats en parcours scolaire*
- Copie de tous vos diplômes obtenus
- Si vous avez entre 17 et 25 ans**, copie Journée d'Appel à la Défense (JAPD)
- Si vous êtes majeur**, fournir l'**attestation d'honorabilité**. Ce document est à **récupérer en ligne** : <https://honorabilite.social.gouv.fr/qui-est-concerne/je-suis-elevestagiaireapprenti-intervenant-dans-un-etablissement-ou-service-de-la>.  
Cette attestation est désormais exigée par les structures accueillants des mineurs. **Un délai de quinze jours est requis pour obtenir le document.**
- Copie du Brevet de Secourisme (si obtenu) : PSC 1 ou SST en cours de validité
- Pour les candidats en apprentissage uniquement* : fournir tout document du futur employeur justifiant de votre embauche en apprentissage

### **Tout dossier incomplet fera l'objet d'un refus**

**Dossier d'inscription complet doit nous être retourné à l'adresse suivante :**

Centre de Formation et d'Apprentissage Les Chênes  
524 Avenue Pont des Fontaines  
84200 CARPENTRAS

*Possibilité de déposer le dossier au centre de formation et d'apprentissage*

Dossier remis au CFA LES CHÊNES le /\_/\_//\_/\_//2/0/2/\_/\_/

NOM DE NAISSANCE :	_____	NOM MARITAL :	_____
PRÉNOM :	_____	DATE DE NAISSANCE :	_____
TÉLÉPHONE :	_____	ANNÉE D'ADMISSION :	2026

**Avis important réglementaire (Art. L3111-4 du CSP) :** L'admission définitive en formation est subordonnée à la fourniture de cette fiche dûment validée par un médecin le 1er jour de formation.

## 1. VACCINATIONS OBLIGATOIRES (Maintien de l'obligation de l'immunité)

Vaccin & Spécificités 2026	Dates des Injections / Rappels	Validation Médicale & Sérologie
<b>DIPHTÉRIE - TÉTANOS – POLIOMYÉLITE - COQUELUCHE</b> Rappels recommandés à âges fixes (25, 45 ans) avec le composant Coqueluche (dTPca).	Dernier rappel dTP : _____ Dernier rappel dTPca : _____	<input type="checkbox"/> À jour des obligations
<b>ROUGEOLE - OREILLONS - RUBÉOLE (ROR)</b> Nés depuis 1980 : 2 doses obligatoires en formation. Nés avant 1980 : 1 dose si pas d'antécédent.	1ère dose : _____ 2ème dose : _____ <input type="checkbox"/> Antécédent de Rougeole	<input type="checkbox"/> Schéma complet 2 doses

## 2. VACCINATIONS RECOMMANDÉES EN MILIEU DE SOINS

Vaccins & Conditions	Dates des Injections / Antécédents	Suivi / Résultats IDR
<b>VARICELLE</b> Recommandé pour les professionnels sans antécédent de la maladie.	1ère dose : _____ 2ème dose : _____ <input type="checkbox"/> Antécédent certain	Si doute ou pas d'ATCD : Sérologie : _____ <input type="checkbox"/> Négative -> À vacciner
<b>HÉPATITE VIRALE A</b> Recommandé pour les personnels exposés ou selon protocole d'établissement.	1ère dose : ____ / ____ / ____ 2ème dose (rappel) : ____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> Schéma à 2 doses complété <input type="checkbox"/> Sérologie Ac anti-VHA (si faite) : _____
<b>HÉPATITE VIRALE B</b> Obligation d'immunisation selon le Code de la Santé Publique.	1ère dose : _____ 2ème dose : _____ 3ème dose : _____ Inj. sup. : _____	<b>Résultat sérologique obligatoire :</b> Taux Ac anti-HBs : _____ UI/l <input type="checkbox"/> Immunité acquise (>=100 UI/l) <input type="checkbox"/> Non répondeur (après 6 doses)
<b>COVID-19 &amp; GRIPPE SAISONNIÈRE</b> Vaccinations hautement préconisées au contact de personnes vulnérables.	Dernier rappel COVID : _____ Vaccin Grippe : _____	<input type="checkbox"/> Recommandations lues et appliquées
<b>TUBERCULOSE (BCG) &amp; MÉNINGOCOQUE C</b> il appartiendra aux médecins du travail d'évaluer le risque d'exposition	Date BCG : _____ Date Méningo C : _____	<b>Test tuberculinique (IDR) :</b> Date IDR : _____ Induration : _____ mm

### ATTESTATION SUR L'HONNEUR DE L'APPRENANT :

Je soussigné(e), certifie l'exactitude des informations fournies et m'engage à maintenir à jour mes obligations vaccinales pendant toute la durée de ma formation.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_  
Signature :

### CERTIFICATION PAR LE MÉDECIN

Je soussigné(e), Dr \_\_\_\_\_, certifie que les renseignements et dates de vaccination inscrits ci-dessus sont exacts et conformes au dossier médical du patient.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_  
Signature et Cachet du Praticien :