

PRE-ENGAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT- APPRENTISSAGE IFAP

☐ **Je souhaite recruter** un(e) apprenti(e) pour la rentrée de **janvier 2027** pour la formation **d'Auxiliaire de puériculture**.

- ☐ Formation **Auxiliaire de puériculture** -Parcours d'1 an post bac **ASSP**
- ☐ Formation **Auxiliaire de puériculture** -Parcours d'1 an post bac **SAPAT**
- ☐ Formation **Auxiliaire de puériculture** -Parcours d'1 an post diplôme d'état **d'aide-soignante**
- ☐ Formation **Auxiliaire de puériculture** -Parcours d'1 an post bac **SAPAT+CAP AEPE**

☐ **J'ai déjà sélectionné** un(e) apprenti(e)

Nom de l'apprenti : Prénom:

Adresse mail :

COORDONNÉES DU MAÎTRE D'APPRENTISSAGE PRINCIPAL

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom: Date de naissance.....

Téléphone :

Mail :

Qualification ☐ Auxiliaire de puériculture ayant au moins deux années d'expérience.

☐ Je certifie que le MA n'encadre pas plus de 2 apprentis.

COORDONNÉES DU SECOND MAÎTRE D'APPRENTISSAGE (recommandé mais non obligatoire)

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom: Date de naissance.....

Téléphone :

Mail :

Qualification ☐ Auxiliaire de puériculture ayant au moins deux années d'expérience.

☐ Infirmier(e) puéricultrice ayant au moins deux années d'expérience.

☐ Je certifie que le MA n'encadre pas plus de 2 apprentis.

NOM ET COORDONNÉES DU LIEU D'EXERCICE DE L'APPRENTISSAGE

Dénomination de la structure ou raison sociale :

N° SIRET :

Nom et prénom du responsable :

Adresse :

Ville : Code postal :

Téléphone :

Mail :

COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT EMPLOYEUR

Nom et prénom ou dénomination :

N° SIRET :

Adresse de l'établissement ou du siège social :

Ville : Code postal :

Téléphone :

Mail :

FINANCEMENT

☐ Employeur public Aide au financement ☐ CNFPT ☐ ANFH

Pour les employeurs publics, joindre à ce document l'avis SIRENE.

Pour un financement CNFPT, joindre à ce document l'accord préalable du CNFPT.

☐ Employeur privé Code IDCC de la convention collective : Nom de l'OPCO :

Pour les employeurs privés, joindre à ce document votre extrait Kbis.

CONTACT OPERATIONNEL POUR LA GESTION ADMINISTRATIVE :

Prénom, Nom :

Fonction :

Adresse :

Mail :

Téléphone :

CONTACT OPERATIONNEL POUR LA GESTION FINANCIERE DU CONTRAT :

Prénom, Nom :

Fonction :

Adresse :

Mail :

Téléphone :

DUREE DE L'ACTION DE FORMATION

Lorsque le contrat d'apprentissage est conclu pour une durée déterminée, il peut débuter jusqu'à 3 mois avant la date de début du cycle de formation et doit expirer au plus tard deux mois après la fin du cycle de formation.

La date de début de l'action de formation est le **4/01/2027**. **A quelle date souhaitez-vous commencer l'exécution du contrat ?**

La diplomation est prévue le **17/12/2027**. **A quelle date souhaitez-vous finir le contrat d'apprentissage ?**

Date :

Le Directeur de l'établissement : (Nom, Prénom, qualité du signataire et cachet de l'établissement)

Document à transmettre par mail à, cfa.ims@chu-bordeaux.fr