

## PRE-ENGAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT- APPRENTISSAGE IFMEM

☐ **Je souhaite recruter** un(e) apprenti(e) pour la rentrée de septembre de 2026 pour la formation de **Manipulateur d'électroradiologie médicale**

☐ Parcours à partir de la 2<sup>ème</sup> année-apprentissage de 2 ans

☐ Parcours à partir de la 3<sup>ème</sup> année-apprentissage d'1 an

☐ **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 : .....

Adresse mail) :

Qualification ☐ Manipulateur d'électroradiologie médicale ayant au moins deux années d'expérience.

☐ Je certifie que le Maître d'Apprentissage 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 : .....

Adresse mail:

Qualification ☐ Manipulateur d'électroradiologie médicale ayant au moins deux années d'expérience.

☐ Je certifie que le Maître d'Apprentissage 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.

**Veillez choisir le parcours de l'apprenti(e) et compléter les dates de début et de fin de contrat souhaitées :**

☐ Parcours à partir de la 2<sup>ème</sup> année-apprentissage de 2 ans

Action de formation du 31/08/2026 au 30/06/2028

**A quelle date souhaitez-vous commencer l'exécution du contrat ?**

**A quelle date souhaitez-vous la fin du contrat ?**

☐ Parcours à partir de la 3<sup>ème</sup> année-apprentissage d'1 an

Action de formation du 31/08/2026 au 2/07/2027

**A quelle date souhaitez-vous commencer l'exécution du contrat ?**

**A quelle date souhaitez-vous la fin du contrat ?**

**Date :**

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