

**PRE-ENGAGEMENT DE L'ETABLISSEMENT- APPRENTISSAGE IFSI**

**Je souhaite recruter** un(e) apprenti(e) pour la rentrée de septembre de 2026 pour la formation **d'Infirmier(e)**.

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 : .....

Mail : .....

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

Je certifie que le Maitre 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 : .....

Mail : .....

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

Je certifie que le Maitre d'Apprentissage 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 : **dates prévisionnelles du 31/08/2026 au 16/07/2028**

**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 26/08/2026 au 16/07/2027.**

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

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

**Date :**

**Le Directeur / La Directrice de l'établissement :**

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