

1) Renseignements concernant l'apprenti(e)

NOM (majuscule) :		Prénom :	
Date de naissance : ____ / ____ / ____		Lieu de naissance :	
Département de naissance :		Nationalité :	
E-mail de l'apprenti(e) :			
N° du téléphone portable de l'apprenti(e) :			
Bénéficie de la reconnaissance en qualité de personne handicapée :		<input type="checkbox"/> Oui ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non
A déjà bénéficié – ou souhaite bénéficier d'aménagement(s) spécifique(s) pour pallier des difficultés d'apprentissage ⁽³⁾ :		<input type="checkbox"/> Oui ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non
Fournir une copie du PAP – Gevasco ... et des rapports médicaux / bilan orthophoniste.			
Etablissement et classe fréquentés en 2024/2025 :			
<input type="checkbox"/> 3ème	<input type="checkbox"/> 3ème Prépa Métiers	<input type="checkbox"/> 3ème Segpa	<input type="checkbox"/> 3ème Ulis
<input type="checkbox"/> 2nd Générale ou Techno.	<input type="checkbox"/> 1ère Générale ou Techno.	<input type="checkbox"/> 2nd Professionnelle	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> 1ère professionnelle	<input type="checkbox"/> Terminale Gale ou Techn	<input type="checkbox"/> Terminale pro	
1ère LV étudiée au collège ou Lycée : <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Anglais			
2ème LV étudiée au collège ou Lycée : <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Espagnol			
Titulaire du Brevet des Collèges : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Régime scolaire : Demi-pension obligatoire			
Diplôme préparé : cocher la bonne case <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> CAP PSR (Production de Service en Restauration)		<input type="checkbox"/> Bac Pro Cuisine	
<input type="checkbox"/> CAP Commercialisation & Services en HCR (Restaurant)		<input type="checkbox"/> Bac Pro Commercialisation & Services en Restaurant	
<input type="checkbox"/> CAP Cuisinier		<input type="checkbox"/> BP Arts de la Cuisine	
<input type="checkbox"/> CS (ex.MC) Cuisinier en desserts de Restaurant		<input type="checkbox"/> BP Arts du Service & Commercialisation en Restauration	
<input type="checkbox"/> CS (ex.MC) Traiteur		<input type="checkbox"/> BTS Management <input type="checkbox"/> Option A (service) <input type="checkbox"/> Option B (cuisine)	

**JOINDRE
IMPERATIVEMENT :**

⇒ **LES BULLETINS DE
L'ANNEE SCOLAIRE
2024/2025**

⇒ **LE RELEVÉ DE NOTES
si vous avez déjà un
diplôme AUTRE que le
Brevet des Collèges**

2) Renseignements concernant la famille ou les représentants légaux de l'apprenti(e)

Représentant légal ou Tuteur	PARENT 2	
NOM (majuscule) :	NOM (majuscule) :	
Prénom :	Prénom :	
N° et rue :	N° et rue :	
Code postal :	Code postal :	
Ville :	Ville :	
E-mail :	E-mail :	
Portable :	Portable :	
Tél fixe :	Tél fixe :	
Profession :	Profession :	
Tél du travail :	Tél du travail :	
En cas de divorce ou de famille monoparentale l'apprenti(e) réside chez : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> garde alternée		
Date et Signature du père (ou représentant légal) Le ____ / ____ / 2025	Date et Signature de la mère (ou représentant légal) Le ____ / ____ / 2025	Date et signature de l'apprenti(e) Le ____ / ____ / 2025

(1) Conformé à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

(2) Un RDV sera organisé avec la coordonnatrice pédagogique du Centre de Formation pour adapter le parcours si besoin

(3) Joindre une copie du plan d'accompagnement mis en place au collège + d'éventuels bilans médicaux (orthophoniques par ex)

AUTORISATIONS DIVERSES DES PARENTS ou REPRESENTANTS LEGAUX

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

NOM et prénom du représentant légal ou Tuteur	NOM et prénom du second parent
NOM et prénom de l'apprenti(e) :	

Je soussigné(e) :

Mon enfant bénéficie d'une prise en charge médicamenteuse quotidienne. Je fournis la copie de l'ordonnance.

S'il y a un PAI en place, merci de nous le fournir.

- ❶ Autorise le Directeur du Centre de Formation des Apprentis des métiers de l'Hôtellerie et de la Restauration de Colmar à faire procéder, en cas d'urgence et sur ordonnance d'un médecin, aux interventions chirurgicales que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.
- ❷ Autorise mon enfant à sortir librement pour se rendre chez un médecin, un dentiste, oculiste... lorsque l'administration du CFA jugera la sortie nécessaire. Ces sorties n'engagent en rien la responsabilité de l'établissement.
- ❸ Autorise mon enfant à participer aux sorties, excursions, visites d'usines et installations diverses que le CFA pourrait organiser dans l'intérêt des apprentis. Je déclare dégager la responsabilité de l'établissement.
- ❹ Autorise mon enfant à se rendre par le chemin le plus direct à son cours d'éducation physique et sportive prévu dans son emploi du temps :
 - ⇒ soit au stade de l'Europe, soit la Manufacture,
 - ⇒ soit tout autre lieu selon les disponibilités de la Ville de Colmar.
 Votre enfant étant sous statut de salarié, cette activité sera couverte par la législation du travail.
- ❺ Autorise la prise de photos/vidéos de moi/ou de mon enfant ainsi que leur publication éventuelle (n'ouvrant droit à aucune rémunération) pour la promotion du CFA : sites internet, articles de presse... **en cas de refus cochez la case**
- ❻ Indique, lorsque l'administration n'arrive pas à joindre les parents, le nom et le numéro de téléphone d'une personne pouvant prendre en charge l'apprenti(e).

NOM et Prénom (autre que père ou mère)	Lien de parenté (à préciser)	N° de téléphone

A _____, le ____ / ____ / 2025	
Signature du père ou du représentant légal	Signature de la mère

Les autorisations ci-dessus sont valables pour les deux années de formation (de septembre 2025 à juillet 2027) ou les trois années de formation (de septembre 2025 à juillet 2028) pour les cursus de Baccalauréat Professionnel. Tout changement doit être notifié par écrit à l'administration du CFA.