

FICHE D'INSCRIPTION

CAP (2 ans) ou BACCALAUREAT PROFESSIONNEL (3 ans)

ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026⁽¹⁾

IMPORTANT : Les données ci-dessous, nous permettent de constituer les classes et peuvent, si vous le souhaitez nous permettre d'éditer le contrat et la convention d'apprentissage – Veuillez remplir toutes les données

Veuillez remplir une feuille d'inscription par apprenti(e) - Si vous avez plusieurs apprenti(e)s, nous vous prions de faire des photocopies de cette fiche d'inscription. Joindre 2 photos récentes de l'apprenti(e) → veuillez indiquer nom et prénom au dos

**Apprenti(e)
- de 15 ans**

LA FORMATION PRÉPARÉE	
<input type="checkbox"/> CAP Cuisine	<input type="checkbox"/> CAP Production et Service en Restaurations (rapide, collective, cafétéria)
<input type="checkbox"/> CAP Commercialisation & Services en HCR	
<input type="checkbox"/> BACCALAUREAT PROFESSIONNEL Cuisine	
<input type="checkbox"/> BACCALAURET PROFESSIONNEL Commercialisation & Services en Restauration	

L'EMPLOYEUR			
Dénomination de l'entreprise :			
Nom (majuscule) et prénom de l'employeur :			
Adresse de l'entreprise : N° et rue			
Code postal :		Ville :	
Tél. fixe :		Tél. portable :	
E-mail :			
Fonction de l'employeur (exemple, Gérant, Directeur, autres... :			
N° SIRET :		Code NAF :	
Effectif salarié de l'entreprise :		Code IDCC de la convention collective :	
Permis de former à jour : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, fournir la copie – Si non, veuillez nous contacter			

L'APPRENTI(E)			
NOM (majuscule) et prénom :			
Adresse complète de l'apprenti(e): N° et rue			
Code postal :		Ville :	
Tél. portable :		E-mail :	
Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Date de naissance :	
Commune et département de naissance :			
Nationalité :		N° Sécurité sociale :	_ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _
Bénéficie de la reconnaissance travailleur(euse) handicapé(e) :		<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 :		<input type="checkbox"/> Oui ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Non	
si oui nous fournir copie du PAP et des bilans médicaux.			



(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 le CFA pour adapter le parcours si besoin

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE (MA) - Indispensable si vous souhaitez que le CFA établisse le contrat

Nom (majuscule) et prénom du MA

Date de naissance :

 L'employeur atteste que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction**LE REPRÉSENTANT LEGAL DE L'APPRENTI(E)**

NOM (majuscule) et prénom :

Adresse complète du représentant légal

N° :

Rue :

Code postal :

Ville :

Tél. fixe :

Tél. portable :

LE CURSUS SCOLAIRE AVANT L'ENTRÉE AU CFA**Nom et ville de l'établissement fréquenté en 2024/2025:****Classe fréquentée en 2024/2025 :** 3ème 3ème Prépa Métiers 3ème Segpa 3me Ulis Autres **à préciser** :**IMPÉRATIF - JOINDRE LES BULLETINS DE L'ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025**1ère langue étudiée au collège depuis la 6ème : Allemand AnglaisTitulaire du Brevet des Collèges : Oui Non Titulaire du CFG : Oui NonPoursuite de formation envisagée : Mention complémentaire Brevet Professionnel BTSRégime scolaire : **Demi-pension obligatoire** (pas d'hébergement possible)**LE CONTRAT -Indispensable si vous souhaitez que le CFA établisse le contrat-**Date d'embauche (**Attention, pour les moins de 15ans = après les congés scolaires d'été**):

Date de début d'exécution du contrat :

Date de fin du contrat :

Durée hebdomadaire du travail : **35 heures**Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : Oui Non

Caisse de retraite complémentaire :

CACHET ET SIGNATURE**Je souhaite que le CFA établisse le contrat d'apprentissage de mon apprenti(e)** Oui Non

Date :