

FICHE D'INSCRIPTION CAP - ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026⁽¹⁾

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 :	_ / _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _
Bénéficiaire de la reconnaissance travailleur(euse) handicapé(e) :		<input type="checkbox"/> Oui ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Non	
Si oui nous fournir une copie de la validation de la MDPH			
A déjà bénéficié – ou souhaite bénéficier d'aménagement(s) spécifique(s) pour pallier des difficultés d'apprentissage : nous fournir copie PAP - GEVASCO + Bilan médical		<input type="checkbox"/> Oui ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Non	

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 : Oui Non Si oui, fournir la copie – Si non veuillez nous contacter

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 – Merci.
Joindre 2 photos récentes de l'apprenti(e) → veuillez indiquer nom et prénom au dos**

LA FORMATION PRÉPARÉE

<input type="checkbox"/> CAP Cuisine	<input type="checkbox"/> CAP Commercialisation & Services en HCR
<input type="checkbox"/> CAP PSR Production et Service en Restaurations (rapide, collective, cafétéria)	
<input type="checkbox"/> Inscription pour un apprenti de 1 ^{ère} année	<input type="checkbox"/> Inscription pour un cursus d'une année
<input type="checkbox"/> Inscription pour un apprenti venant d'un autre établissement	
<input type="checkbox"/> Inscription pour un redoublement de 2 ^{ème} année CAP	

(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 :** 3^{ème} 3^{ème} Prépa Métiers 3^{ème} Segpa 3^{me} Ulis 2nd Générale ou Techno. 2nd Professionnelle 1^{ère} Générale ou Techno. 1^{ère} professionnelle Terminale G^{ale} ou Techno. Terminale pro Autres **à préciser** :**IMPÉRATIF - JOINDRE LES BULLETINS DE L'ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025****+ un RELEVÉ DE NOTES si l'apprenti(e) est déjà titulaire d'un diplôme AUTRE que le Brevet des Collèges**1^{ère} langue étudiée au collège depuis la 6^{ème} : Allemand AnglaisTitulaire du Brevet des Collèges : Oui Non

Titulaire du CFG :

 Oui Non Titulaire d'un CAP Titulaire d'un BAC

Si une poursuite de formation est envisagée → précisez laquelle :

Régime scolaire :

Demi-pension obligatoire (pas d'hébergement possible)**LE CONTRAT -Indispensable si vous souhaitez que le CFA établisse le contrat-**

Date d'embauche :

Date de début d'exécution du contrat :

Date de fin du contrat :

Durée hebdomadaire du travail : 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 :