

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"/> BACCALAUREAT PROFESSIONNEL Commercialisation & Services en Restauration	
L'EMPLOYEUR	
Dénomination de l'entreprise :	
Nom et prénom de l'employeur :	
Adresse de l'entreprise :	
Code postal :	Ville :
Tél. fixe :	Tél. portable :
E-mail :	
Fonction de l'employeur (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	

LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE (MA) - Indispensable si vous souhaitez que le CFA établisse le contrat	
Nom (majuscule) et prénom du MA	
Date de naissance :	
<input type="checkbox"/> L'employeur atteste que le maître d'apprentissage répond à l'ensemble des critères d'éligibilité à cette fonction	
Diplôme le plus élevé obtenu par le MA :	

(1) CFA des Métiers de l'Hôtellerie et de la Restauration - 5 Rue de la Gare - 68000 COLMAR

(2) Siret : 44993671500019 - Numéro déclaration activité : 44680290968

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.			

LE REPRÉSENTANT LEGAL DE L'APPRENTI(E)			
NOM (majuscule) et prénom :			
Adresse complète du représentant légal			
N° :		Rue :	
Code postal :		Ville :	
Tél Portable :			
E-mail :			

LE CURSUS SCOLAIRE AVANT L'ENTRÉE AU CFA			
Nom et ville de l'établissement fréquenté en 2024/2025:			
Classe fréquentée en 2024/2025 :			
<input type="checkbox"/> 3ème	<input type="checkbox"/> 3ème Prépa Métiers	<input type="checkbox"/> 3ème Segpa	
<input type="checkbox"/> 3me Ulis	<input type="checkbox"/> Autres <u>à préciser</u> :		
IMPÉRATIF - JOINDRE LES BULLETINS DE L'ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025			
1 ^{ère} langue étudiée au collège depuis la 6 ^{ème} :		<input type="checkbox"/> Allemand	<input type="checkbox"/> Anglais
Titulaire du Brevet des Collèges : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Titulaire du CFG : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Poursuite de formation envisagée : <input type="checkbox"/> Mention complémentaire <input type="checkbox"/> Brevet Professionnel <input type="checkbox"/> BTS			
Régime 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 :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 :