

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
Bénéficiaire d'une Equivalence Jeunes :		<input type="checkbox"/> Oui ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non
	PCH	<input type="checkbox"/> Oui ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non
	AAEH	<input type="checkbox"/> Oui ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non
	PPS	<input type="checkbox"/> Oui ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non
A déjà bénéficié – ou souhaite bénéficier d'aménagement(s) spécifique(s) <input type="checkbox"/> Oui ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Non pour pallier des difficultés d'apprentissage : si oui nous fournir copie du PAP/ GEVASCO / bilans médicaux.			

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"/> 3 ^{ème}	<input type="checkbox"/> 2 ^{nde} Générale ou Techno.	<input type="checkbox"/> 2 ^{nde} Professionnelle
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} Générale ou Techno.	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} professionnelle	<input type="checkbox"/> Terminale G ^{ale} ou Techno.
<input type="checkbox"/> Autres à préciser :		
L'admission dans ce cursus est conditionnée au bons résultats scolaires de 3^{ème} : il est donc <u>IMPERATIF</u> de 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"/> BTS
Régime scolaire :	Demi-pension obligatoire (pas d'hébergement possible)	

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 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 : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Caisse de retraite complémentaire :	

CACHET ET SIGNATURE
<p>Je souhaite que le CFA établisse le contrat d'apprentissage de mon apprenti(e) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Date :</p>