

# FICHE D'INSCRIPTION CAP (formation en 2 ans)

## ANNÉE SCOLAIRE 2025/2026<sup>(1)</sup>

**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 <sup>ère</sup> 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 <sup>ème</sup> année CAP                 |                                                                  |

### 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 (Gérant, Directeur, autres)                                                                                                            |  |                                         |  |
| N° SIRET :                                                                                                                                                     |  | Code NAF :                              |  |
| Effectif salarié de l'entreprise :                                                                                                                             |  | Code IDCC de la convention collective : |  |
| <b>Permis de former à jour : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b><br><b>Si oui, fournir la copie – Si non veuillez nous contacter</b> |  |                                         |  |

### 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 |  |
| Le diplôme le plus élevé obtenu par le MA :                                                                                                |  |

| L'APPRENTI(E)                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                  |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------|-------------------------------|
| NOM (majuscule) et prénom :                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                  |                               |
| Adresse complète de l'apprenti(e):<br>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 <sup>(2)</sup>      | <input type="checkbox"/> Non  |
| Bénéficie d'une Equivalence Jeunes :                                                                                                                                                                                                                                              |  | PCH <input type="checkbox"/> Oui <sup>(2)</sup>  | <input type="checkbox"/> Non  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | AAEH <input type="checkbox"/> Oui <sup>(2)</sup> | <input type="checkbox"/> Non  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | PPS <input type="checkbox"/> Oui <sup>(2)</sup>  | <input type="checkbox"/> Non  |
| <b>A déjà bénéficié – ou souhaite bénéficier d'aménagement(s) spécifique(s)</b><br><input type="checkbox"/> Oui <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> Non<br><b>pour pallier des difficultés d'apprentissage : si oui nous fournir copie du PAP/ GEVASCO / bilans médicaux.</b> |  |                                                  |                               |

| LE CURSUS SCOLAIRE AVANT L'ENTRÉE AU CFA                                                                                                                                                   |                                                              |                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| Nom et ville de l'établissement fréquenté en 2024/2025 :                                                                                                                                   |                                                              |                                                                              |
| <b>Classe fréquentée en 2024/2025 :</b>                                                                                                                                                    |                                                              |                                                                              |
| <input type="checkbox"/> 3ème                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 2 <sup>de</sup> Générale ou Techno. | <input type="checkbox"/> 2 <sup>de</sup> Professionnelle                     |
| <input type="checkbox"/> 1ère Générale ou Techno.                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 1ère professionnelle                | <input type="checkbox"/> Terminale G <sup>ale</sup> ou Techno.               |
| <input type="checkbox"/> Autres <b>à préciser</b> :                                                                                                                                        |                                                              |                                                                              |
| <b>L'admission dans ce cursus est conditionnée au bons résultats scolaires de 3<sup>ème</sup> :</b><br><b>il est donc IMPERATIF de joindre LES BULLETINS DE L'ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025</b> |                                                              |                                                                              |
| 1ère langue étudiée au collège depuis la 6 <sup>ème</sup> :                                                                                                                                |                                                              | <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 :                                                                                                                                                                          | <b>Demi-pension obligatoire</b> (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><b>Je souhaite que le CFA établisse le contrat d'apprentissage de mon apprenti(e)</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Date :</p> |