

FICHE D'INSCRIPTION CS – BP - BTS

ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027¹⁾

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

INSCRIPTION POUR LA FORMATION SUIVANTE : (Cocher la case)			
CERTIFICAT DE SPECIALISTAION	BREVET PROFESSIONNEL	BTS MANAGEMENT EN HOTELIERIE-RESTAURATION	
☐ TRAITEUR	☐ ARTS DE LA CUISINE	☐ OPTION A : MANAGEMENT D'UNITE DE RESTAURATION	
☐ DESSERTS DE RESTAURATION	☐ ARTS DU SERVICE & DE LA COMMERCIALISATION EN RESTAURATION	☐ OPTION B : MANAGEMENT D'UNITE DE PRODUCTION CULINAIRE	
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 :	
Jour(s) de fermeture hebdomadaire du restaurant :			
Permis de former à jour : ☐ Oui ☐ 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 : ☐ M ☐ F		Date de naissance :	
Commune et département de naissance :			
Nationalité :		N° Sécurité sociale :	__ / __ / __ / __ / __ / __ / __ / __

Bénéficie de la reconnaissance travailleur(euse) handicapé(e) :		☐ Oui ⁽²⁾	☐ Non
Bénéficie d'une Equivalence Jeunes :	PCH	☐ Oui ⁽²⁾	☐ Non
	AAEH	☐ Oui ⁽²⁾	☐ Non
	PPS	☐ Oui ⁽²⁾	☐ Non

A déjà bénéficié – ou souhaite bénéficier d'aménagement(s) spécifique(s)
☐ Oui ⁽²⁾ ☐ 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		
<u>Nom et ville de l'établissement fréquenté en 2024/2025 :</u>		
<u>Classe fréquentée en 2024/2025 :</u>		
☐ CAP	☐ BAC PROFESSIONNEL	Autres à préciser :
☐ BREVET PROFESSIONNEL	☐ BAC TECHNOLOGIQUE	
Spécialité du diplôme <u>à préciser</u> :		
IMPÉRATIF - JOINDRE LES BULLETINS DE L'ANNÉE SCOLAIRE 2024/2025 + le(s) RELEVÉ(S) DE NOTES du(des) diplôme(s) déjà obtenu(s) AUTRE(S) que le Brevet des Collèges		
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 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 diplôme le plus élevé obtenu par le MA :	

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 :

Veillez 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.
