

1) Renseignements concernant l'apprenti(e)

NOM (majuscule) :		Prénom :	
Date de naissance : ____ / ____ / ____		Lieu de naissance :	
Département de naissance :		Nationalité :	
E-mail de l'apprenti(e) :			
N° du téléphone portable de l'apprenti(e) :			
Bénéficie de la reconnaissance en qualité de personne handicapée :		<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 ⁽³⁾ :		<input type="checkbox"/> Oui ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Non
Fournir une copie du PAP – Gevasco ... et des rapports médicaux / bilan orthophoniste.			
Etablissement et dernière classe fréquentée :			
<input type="checkbox"/> 3ème	<input type="checkbox"/> 3ème Prépa Métiers	<input type="checkbox"/> 3ème Segpa	<input type="checkbox"/> 3ème Ulis
<input type="checkbox"/> 2 nd Générale ou Techno.	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} Générale ou Techno.	<input type="checkbox"/> 2 nd Professionnelle	<input type="checkbox"/> Autres :
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} professionnelle	<input type="checkbox"/> Terminale Gale ou Techn	<input type="checkbox"/> Terminale pro	
1 ^{ère} LV étudiée au collège ou Lycée : <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Anglais			
2 ^{ème} LV étudiée au collège ou Lycée : <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Espagnol			
Titulaire du Brevet des Collèges : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Régime scolaire : Demi-pension obligatoire			
Diplôme préparé : cocher la bonne case <input checked="" type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> CAP PSR (Production de Service en Restauration)		<input type="checkbox"/> Bac Pro Cuisine	
<input type="checkbox"/> CAP Commercialisation & Services en HCR (Restaurant)		<input type="checkbox"/> Bac Pro Commercialisation & Services en Restaurant	
<input type="checkbox"/> CAP Cuisinier		<input type="checkbox"/> BP Arts de la Cuisine	
<input type="checkbox"/> CS (ex.MC) Cuisinier en desserts de Restaurant		<input type="checkbox"/> BP Arts du Service & Commercialisation en Restauration	
<input type="checkbox"/> CS (ex.MC) Traiteur		<input type="checkbox"/> BTS Management <input type="checkbox"/> Option A (service) <input type="checkbox"/> Option B (cuisine)	

**JOINDRE
IMPERATIVEMENT :**

⇒ **LES BULLETINS DE
L'ANNEE SCOLAIRE
2025/2026**

⇒ **LE RELEVÉ DE NOTES
si vous avez déjà un
diplôme AUTRE que le
Brevet des Collèges**

2) Renseignements concernant la famille ou les représentants légaux de l'apprenti(e)

Représentant légal ou Tuteur		PARENT 2	
NOM (majuscule) :		NOM (majuscule) :	
Prénom :		Prénom :	
N° et rue :		N° et rue :	
Code postal :		Code postal :	
Ville :		Ville :	
E-mail :		E-mail :	
Portable :		Portable :	
Tél fixe :		Tél fixe :	
Profession :		Profession :	
Tél du travail :		Tél du travail :	
En cas de divorce ou de famille monoparentale l'apprenti(e) réside chez : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> garde alternée			
Date et Signature du père (ou représentant légal) Le ____ / ____ / 2026		Date et signature de l'apprenti(e) Le ____ / ____ / 2026	
Date et Signature de la mère (ou représentant légal) Le ____ / ____ / 2026			

(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.

AUTORISATIONS DIVERSES DES PARENTS ou REPRESENTANTS LEGAUX

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT

NOM et prénom du représentant légal ou Tuteur	NOM et prénom du second parent
NOM et prénom de l'apprenti(e) :	

Je soussigné(e) :

Mon enfant bénéficie d'une prise en charge médicamenteuse quotidienne. Je fournis la copie de l'ordonnance et m'engage à ce que mon enfant ait toujours son médicament à portée de main.

S'il y a un PAI en place, merci de nous le fournir.

- ❶ Autorise le Directeur du Centre de Formation des Apprentis des métiers de l'Hôtellerie et de la Restauration de Colmar à faire procéder, en cas d'urgence et sur ordonnance d'un médecin, aux interventions chirurgicales que nécessiterait l'état de santé de mon enfant.
- ❷ Autorise mon enfant à sortir librement pour se rendre chez un médecin, un dentiste, oculiste... lorsque l'administration du CFA jugera la sortie nécessaire. Ces sorties n'engagent en rien la responsabilité de l'établissement.
- ❸ Autorise mon enfant à participer aux sorties, excursions, visites d'usines et installations diverses que le CFA pourrait organiser dans l'intérêt des apprentis. Je déclare dégager la responsabilité de l'établissement.
- ❹ Autorise mon enfant à se rendre par le chemin le plus direct à son cours d'éducation physique et sportive prévu dans son emploi du temps :
 - ⇒ soit au stade de l'Europe, soit la Manufacture,
 - ⇒ soit tout autre lieu selon les disponibilités de la Ville de Colmar.
 Votre enfant étant sous statut de salarié, cette activité sera couverte par la législation du travail.
- ❺ Autorise la prise de photos/vidéos de moi/ou de mon enfant ainsi que leur publication éventuelle (n'ouvrant droit à aucune rémunération) pour la promotion du CFA : sites internet, articles de presse... **en cas de refus cochez la case**
- ❻ Indique, lorsque l'administration n'arrive pas à joindre les parents, le nom et le numéro de téléphone d'une personne pouvant prendre en charge l'apprenti(e).

NOM et Prénom (autre que père ou mère)	Lien de parenté (à préciser)	N° de téléphone

A _____, le ____ / ____ / 2025	
Signature du père ou du représentant légal	Signature de la mère

Les autorisations ci-dessus sont valables pour les deux années de formation (de septembre 2025 à juillet 2027) ou les trois années de formation (de septembre 2025 à juillet 2028) pour les cursus de Baccalauréat Professionnel. Tout changement doit être notifié par écrit à l'administration du CFA.