

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

## ANNÉE SCOLAIRE 2026/2027<sup>(1)</sup>

**Apprenti(e)  
- de 15 ans**

**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 nous renvoyer le document complété par e-mail : [info@cfahotrest-colmar.com](mailto:info@cfahotrest-colmar.com)**

### 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)	

### 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 :	
Fermeture Hebdomadaire du restaurant :			
<b>Permis de former à jour : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b> <b>Si oui, fournir la copie – Si non veuillez nous contacter</b>			

### 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 <sup>(2)</sup>	<input type="checkbox"/> Non
Bénéficie d'une Equivalence Jeunes :	<input type="checkbox"/> Oui <sup>(2)</sup>	<input type="checkbox"/> Non
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

**A déjà bénéficié – ou souhaite bénéficier d'aménagement(s) spécifique(s)**  
 Oui  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 du dernier établissement fréquenté :		
Classe fréquentée avant l'entrée au CFA :		
<input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup>	<input type="checkbox"/> 2 <sup>nde</sup> Générale ou Techno.	<input type="checkbox"/> 2 <sup>nde</sup> Professionnelle
<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> Générale ou Techno.	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> 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> : il est donc IMPERATIF de joindre Les bulletins de la dernière année scolaire.</b>		
1 <sup>ère</sup> 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 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 : d'embauche ( <b>Attention, pour les moins de 15ans = après les congés scolaires d'été</b> ):	
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 :	

**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.**

**CACHET ET SIGNATURE**

**Je souhaite que le CFA établisse le contrat d'apprentissage de mon apprenti(e)**  Oui  Non

Date :