



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

## ANNÉE SCOLAIRE 2026 - 2028

**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)   |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Inscription pour un cursus d'une année : être déjà titulaire d'un autre CAP au minimum   |  |  |  |
| 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 :   |  |
| Jour(s) de fermeture hebdomadaire du restaurant   |  |  |  |
| Effectif salarié de l'entreprise :  |  | Code IDCC de la convention collective :                          |  |
| <p><b>Permis de former à jour : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b></p> <p><b>Si oui, fournir la copie – Si non veuillez nous contacter</b></p> |  |  |  |

| 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 : | _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ / _ |

|  |   |                              |
|--|---|------------------------------|
| <b>Bénéficiaire de la reconnaissance travailleur(euse) handicapé(e) :</b>  | <input type="checkbox"/> Oui <sup>(2)</sup> | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Bénéficiaire d'une Equivalence Jeunes :</b>   |   |                              |
| PCH  | <input type="checkbox"/> Oui <sup>(2)</sup> | <input type="checkbox"/> Non |
| AEEH   | <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>                                    |   |                              |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |   |                              |
| <b>pour pallier des difficultés d'apprentissage : si oui nous fournir copie du PAP/ GEVASCO / bilans médicaux.</b> |   |                              |



**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 :   |   |

**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 :