DOSSIER COMPLET :	Apprenti	MA :
-	EDT :	EDT :
-	Infos rentrée :	Infos rentrée :
-	Identifiants de connexion :	Identifiants de connexion :

ADRESSE : Rue Jules Ferry - 68500 GUEBWILLER
TEL. 03 89 74 99 60
MAIL : ufa-storck@cfa-academique.fr

FORMULAIRE D'INSCRIPTION EN CAP
ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

Merci de retourner à l'UFA, 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. Les données nous permettent de constituer les classes, merci de bien les renseigner.

METIER PREPARE :	
◯ **CAP CUISINIER**	◯ **CAP COMMERCIALISATION & SERVICE en HCR (Restaurant)**
◯ Inscription pour un apprenti de 1ère année	
◯ Inscription pour un apprenti de 2ème année venant d'un autre établissement	
◯ Inscription pour un apprenti redoublant en 2ème année CAP	

ENTREPRISE :	**Employeur privé : ◯:**	**Employeur public : ◯**
DENOMINATION DE L'ENTREPRISE :		
NOM et prénom de l'employeur :		
Adresse de l'entreprise	N° :	Rue :
Code postal :	Commune :	
N° de téléphone fixe :	N° de téléphone portable :	
Email :		
N° SIRET (*14 chiffres*) :	Code NAF – APE :	
Effectif salarié de l'entreprise :	Code IDCC de la convention collective :	
OPCO :		
Nom de la Caisse de Retraite Complémentaire : *bien préciser le nom complet*		
Pour les employeurs publics : adhésion de l'apprenti au régime spécifique d'assurance chômage ◯		

APPRENTI(E)		
NOM (*en majuscules*) et prénom :		
Nom d'usage :	Date de naissance :	
Département de naissance :	Commune de naissance :	
Nationalité :	Sexe: ◯ Féminin ◯ Masculin	
Numéro de Sécurité sociale (*NIR*) de **l'apprenti(e)** : _ / _ _ / _ _ / _ _ / _ _ _ / _ _ _ / _ _ (!)		
Déclare être inscrit sur la liste des sportifs, entraîneurs, arbitres et juges sportifs de haut niveau ◯ oui ◯ non		
Régime social : ◯ MSA ◯ URSAFF		
Adresse de l'apprenti(e) :	N° :	Rue :
Code postal :	Commune :	
N° de téléphone portable :		
Email :		
NOM (*en majuscules*) et Prénom du représentant légal :		
Lien de parenté		
Adresse si différente de l'apprenti :		
N° de téléphone fixe :	N° de téléphone portable :	
Email :		
(!) A renseigner obligatoirement même pour un jeune âgé de moins de 15 ans. Pour un apprenti de moins de 16 ans, merci de vous rapprocher de la CPAM qui vous le fournira		

PARCOURS DE L'APPRENTI(E) AVANT CE CONTRAT			
Nom de l'établissement scolaire fréquenté en 2023-2024 :			
Commune de l'établissement :			
Nom de la Classe fréquentée en 2023-2024 :			
◯ 3ème Générale	◯ 3ème Prépa Métiers	◯ 3ème Segpa - ULIS	◯ Autres :
◯ 2de Générale ou Techno	◯ 2de Professionnelle	◯ 1ère Générale ou Techno	
◯ 1ère professionnelle	◯ Terminale Générale ou Techno.	◯ Terminale pro	◯ APPRENTISSAGE :
Titulaire du : ◯ Diplôme National du Brevet ◯ CFG ◯ ASSR2 ◯ AFPS ou du SST **Autre diplôme** : ◯ *Préciser – joindre copie du diplôme :*			

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA SCOLARITE EN CAP	
Bénéficie de la reconnaissance de travailleur(euse) handicapé(e) :	◯ OUI (joindre *copie de l'attestation*) ◯ NON
A déjà bénéficié ou souhaite bénéficier d'aménagements spécifiques pour pallier à des difficultés d'apprentissage :	◯ OUI ◯ NON
La langue vivante souhaitée pour le CAP :	◯ ALLEMAND **ou** ◯ ANGLAIS
Régime scolaire souhaité :	◯ INTERNE **ou** ◯ EXTERNE A LA PRESTATION

LE CONTRAT D'APPRENTISSAGE – *indispensable si vous souhaitez que l'UFA établisse le contrat*	
Maître d'apprentissage N° 1	**Maître d'apprentissage N° 2**
NOM et Prénom :	**NOM et Prénom :**
Date de naissance :	**Date de naissance :**
N° S.Sociale :	**N° S.Sociale :**
Fonction :	**Fonction :**
N° de téléphone portable :	N° de téléphone portable :
Email :	**Email :**
Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :	**Diplôme ou titre le plus élevé obtenu :**
Permis de former à jour : ◯ OUI (*fournir la copie du permis*)	**Permis de former à jour** : ◯ OUI (*fournir la copie du permis*)
◯ NON (*Contacter Assistance formation CFA académique 03 88 14 10 10)*	
Date de signature du contrat :	
Durée hebdomadaire du contrat : ◯ 35h00 ◯ 39h00 (uniquement pour l'apprenti majeur)	
Date de début de formation pratique en entreprise :	
Date de début contrat d'apprentissage :	Date de fin de contrat d'apprentissage :
Travail sur machines dangereuses ou exposition à des risques particuliers : ◯ OUI ◯ NON	
Si votre apprenti a déjà été en apprentissage, merci de noter le numéro d'enregistrement du contrat précédent :	

CACHET ET SIGNATURE	
Date et signature : :	Cachet de l'Entreprise
Je souhaite que l'UFA STORCK établisse le contrat d'apprentissage de mon apprenti(e) : ◯ OUI ◯ NON	

Le CFA Académique traite les données pour gérer au mieux votre candidature vers un apprentissage et votre parcours de formation dès la signature d'un contrat. Conformément à la réglementation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification d'opposition et de retrait de vos données à caractère personnel. Vous pouvez exercer l'ensemble des droits vous concernant et faire rectifier vos données gratuitement en contactant gip-rgpd@ac-strasbourg.fr Les demandes devront être accompagnées d'un titre d'identité en cours de validité.

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

GIP FCIP
CFA
ACADÉMIE DE STRASBOURG
GRAND EST

MANDAT D'APPUI À LA GESTION D'UN CONTRAT D'APPRENTISSAGE par télétransmission*

(A retourner dans les 5 jours ouvrés à réception de ce document)

Le CFA Académique propose 2 options pour l'accompagnement à la gestion d'un contrat d'apprentissage par télétransmission sans contrepartie financière *(merci de cocher la case correspondante à votre choix)* :

☐ **Option 1 : élaboration du contrat d'apprentissage, de la convention de formation et transmission à l'OPCO de référence** (hors UNIFORMATION et OPCO Santé) :

L'UFA du CFA académique élabore ces documents sur la base des informations transmises par l'entreprise dans le formulaire joint.

Ces documents sont ensuite signés électroniquement par l'entreprise et l'apprenti/ ou son responsable légal via un mail sécurisé.

A noter, la convention tripartite établie en cas de réduction ou d'allongement de la durée du contrat est exclue de la procédure de télétransmission.

☐ **Option 2 : l'UFA du CFA académique complète la partie formation du contrat et l'entreprise saisit les autres rubriques via un lien sécurisé**

A ce titre l'entreprise complète les points A, B, C, D, E du formulaire joint et le transmet à l'UFA.

En cas de refus de donner mandat au CFA Académique, merci de cocher la case suivante : ☐

Dans le cadre du mandat, l'entreprise est responsable des informations transmises. La responsabilité du CFA académique ne pourra être engagée.

Par le présent mandat, et conformément aux articles 1984 et suivants du Code Civil,

Je soussigné(e) :
Représentant l'entreprise :
SIRET :
Située au :

donne mandat au CFA Académique représenté par son directeur en exercice pour effectuer les missions ci-dessus nécessaires au traitement du contrat d'apprentissage de :

Nom apprenti : Prénom apprenti :

À …… le : Signature et cachet de l'entreprise :

* Ce mandat de gestion ne vous dispense en aucun cas de conserver les justificatifs obligatoires à l'enregistrement de votre contrat, en cas de contrôle.

V1/05/2023