



Fiche de liaison

Merci de compléter ce document et de le retourner par fax au **01.49.63.42.68**

ENTREPRISE

NOM DE L'ENTREPRISE :

Raison sociale :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

Mail : Site Internet :

Adresse siège social :

Nom du responsable ou gérant :

Nom du maître d'apprentissage :

Je soussigné déclare avoir reçu

Melle ou Mr et envisager de

conclure un contrat d'apprentissage à compter du

Fait le : à :

FORMATION SUIVIE

CAP 1^{ère} année 2^{ème} année

- CAP Cuisine (50022131)
- CAP Restaurant (50033409)
- CAP Agent Polyvalent de Restauration (50022129)
- CAP Café Brasserie (50033410)
- CAP Services Hôteliers (50033407)

Brevet professionnel

1^{ère} année 2^{ème} année

- BP Cuisine (45022104)
- BP Restaurant (45033406)

Mention Complémentaire

- MC Cuisinier en desserts de restaurant (01022105)
- MC Employé Traiteur (01022103)

BEP 1^{ère} année 2^{ème} année

- BEP Restauration (51033403)
(Option : Cuisine)
- BEP Restauration (51033403)
(Option : Service en salle)

Baccalauréat Professionnel

1^{ère} année 2^{ème} année

- Bac Pro Restauration (40033402)
(Option : Production Culinaire)
- Bac Pro Restauration (40033402)
(Option : Service & Commercialisation)

- CPA** (Classe préparatoire à l'apprentissage)