



# Fiche de liaison

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

**NOM DE L'ENTREPRISE :** .....

Raison sociale : .....

Adresse exploitation: .....

.....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Mail : ..... Site Internet : .....

Nom du responsable ou gérant : .....

Nom du maître d'apprentissage : .....

Adresse siège social : .....

Je soussigné ..... déclare avoir reçu

Melle ou Mr ..... et envisager de

conclure un contrat d'apprentissage à compter du .....

Fait le : ..... à : .....

Cachet de l'entreprise

## FORMATION SUIVIE

	<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> année	<input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> année	<input type="checkbox"/> Redoublement
<input type="checkbox"/> CAP Cuisine		<input type="checkbox"/> Bac Pro 3 ans : 2 <sup>nd</sup> e PRO	<input type="checkbox"/> BP Cuisine
<input type="checkbox"/> CAP Restaurant		<input type="checkbox"/> Bac Pro 3 ans : 1 <sup>ère</sup> PRO	<input type="checkbox"/> BP Restaurant
<input type="checkbox"/> CAP Café Brasserie		<input type="checkbox"/> Bac Pro 3 ans : Terminale PRO	<input type="checkbox"/> MC Cuisinier en desserts de restaurant
<input type="checkbox"/> CAP Agent Polyvalent de Restauration		<input type="checkbox"/> BEP Restauration	<input type="checkbox"/> MC Employé Traiteur
	Option Bac Pro : ou BEP	<input type="checkbox"/> Cuisine <input type="checkbox"/> Salle	<input type="checkbox"/> MC Barman