

Choix de la formation :

CAP :  
BACCALAUREAT PROFESSIONNEL :  
MENTION COMPLEMENTAIRE :

## ★ APPRENTI-E

Madame  Monsieur

Nom : - Prénom :

Date de naissance : - Lieu :

Adresse :

Complément d'adresse :

Code postal : - Ville :

Email :

Tél domicile : - Tél portable :

### Représentant légal (si mineur)

Mère  Père  Tuteur  Autre (à préciser) :

Nom : - Prénom :

Tél portable : - Email :

## ★ ENTREPRISE (siège social)

Secteur public  Secteur privé

Raison sociale :

Nom du chef d'entreprise :

Adresse :

Complément d'adresse :

Code postal : - Ville :

Tél : - Email :

N° SIRET : - Code APE :

## ★ CONTRAT

Du : au :

*Attention, la date de fin de contrat, ne peut dépasser le 31 août*

## ★ MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Nom : - Prénom :

Fonction :

Tél portable : - Email :

## ★ PROMESSE D'EMBAUCHE A RETOURNER

Par mail :

[ce.0470029b@ac-bordeaux.fr](mailto:ce.0470029b@ac-bordeaux.fr)

Par voie postale :

Lycée des Métiers Jacques de Romas, Route de Mézin, 47600 Nérac

Un renseignement ?

N'hésitez pas à nous contacter au 05.53.97.63.00

## ★ DATE ET SIGNATURE

Date :

cachet de l'entreprise (obligatoire) et  
signature :