

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**

 **DATE ET SIGNATURE**

Par mail :

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 :

cachet de l'entreprise (obligatoire) et
signature :