

ATTESTATION D'INSCRIPTION

à retourner à d.sana@formation-industries-savoie.fr / Fax 04 79 65 05 49

L'ENTREPRISE	
(où l'apprenti exercera son activité)	
Je soussigné(e)	
Fonction	
Raison sociale	
Adresse	
CP Ville	
Tél Fax	
N° SIRET	
CODE NAF	
NOM OPCO	

LE MAITRE D'APPRENTISSAGE	
NOM - PRENOM	
E-MAIL	
Tél. direct ou portable	

➔ m'engage à établir un **CONTRAT D'APPRENTISSAGE** avec :

LE JEUNE	
NOM - PRENOM	
A compter du : date de début englobant la période au CFAI	
Pour la formation	<input type="checkbox"/> CAP RIC <input type="checkbox"/> BAC MEI <input type="checkbox"/> BTS ATI <input type="checkbox"/> BAC MELEC <input type="checkbox"/> BTS CPI <input type="checkbox"/> BAC TCI <input type="checkbox"/> BTS CPRP <input type="checkbox"/> BAC TU <input type="checkbox"/> BTS ETT <input type="checkbox"/> BTS MS <input type="checkbox"/> BTS TECO

Date :

Cachet de l'Entreprise