

DECLARATION D'INTENTION D'EMBAUCHE D'UN APPRENTI en **BTS Négociation et Relation Client**

CFA responsable : CFA de l'Académie de Lyon 50 cours de la république 69100 Villeurbanne Tél : 04.72.40.43.00	 académie Lyon  éducation nationale  CENTRE DE FORMATION D'APPRENTIS	Unité de Formation en Apprentissage : Lycée Lacassagne 93 rue Antoine Charial 69003 Lyon Tél : 04.72.91.89.00
--	--	--



L'APPRENTI			
Civilité :	<input type="checkbox"/> Mme. <input type="checkbox"/> M.	NOM, Prénom	

L'EMPLOYEUR							
Siège Social				Lieu d'exécution du contrat (si différent)			
Nom de l'entreprise :				Nom du lieu de travail :			
N° SIRET :				N° SIRET :			
Code NAF :				Code NAF :			
Effectif salarié :				Effectif salarié :			
Adresse :				Adresse :			
CP :		Ville :		CP :		Ville :	
Chambre consulaire compétente : <input type="checkbox"/> CCI <input type="checkbox"/> CMA <input type="checkbox"/> DIRECCTE <input type="checkbox"/> CHAMBRE AGRICULTURE							
Ville :							

👉 **L'ENTREPRISE CONFIRME SON INTENTION D'EMBAUCHE pour une durée de _____ an(s).**

Dates prévisionnelles : de début de contrat : _____ de fin de contrat : _____

PERSONNE A CONTACTER et/ou EN CHARGE DU CONTRAT			
Civilité :	<input type="checkbox"/> Mme. <input type="checkbox"/> M.	Tél. :	
NOM, Prénom :		Portable :	
Fonction :		@ :	

FUTUR MAÎTRE D'APPRENTISSAGE			
Civilité :	<input type="checkbox"/> Mme. <input type="checkbox"/> M.	NOM, Prénom (Fonction)	

Fait à :

le : __/__/____.

Responsable	Cachet et signature de l'entreprise
NOM : Prénom :	

Attention : l'inscription au CFA sera définitive à réception du contrat d'apprentissage