



centre
interprofessionnel
de formation
des commerces
de l'alimentation

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
A nous retourner par fax ou mail
Merci de renseigner/rectifier tous les champs

ENTREPRISE			
Raison sociale :		Forme juridique :	
Enseigne :			
N° SIRET :		Code NAF :	
Adresse :			
Code postal :		Ville :	
Email :		Téléphone :	Fax :
Jours de fermeture :			
<i>Joindre l'avis de situation au répertoire Sirène</i>			
Convention collective : N°			
Affiliation	Chambre de Métiers (OUI /NON)		Chambre de Commerce (OUI /NON)
Nombre de salariés :		Organisme de prévoyance :	
Caisse de retraite complémentaire :			Code :
CHEF D'ENTREPRISE			
Nom :		Prénom :	
Email :		Téléphone :	
MAITRE D'APPRENTISSAGE			
Nom :		Prénom :	
Email :		Téléphone :	
Fonction :		Date de naissance :	
APPRENTI			
Nom :		Prénom :	
CONTRAT D'APPRENTISSAGE			
Date de début de contrat :		Date de fin de contrat :	