

**PROFESSION CONCERNEE** .....

**Durée de formation**    Date de début .....    Date de fin .....

**Type de formation**     CFC (3 ans) en entreprise     CFC (4 ans) en entreprise  
 AFP (2 ans) en entreprise

CFC en entreprise, avec maturité  
professionnelle technique intégrée

Lieu de cours souhaité:

Pôle TI (Site Klaus)  
 Pôle TI (Site Maladière)

Voir conditions d'admission sous : [www.ne.ch](http://www.ne.ch)

**Statut<sup>1</sup>**     Auditeur     Article 32     Candidat libre

<sup>1</sup> Indiquer le statut si la personne inscrite n'est pas au bénéfice d'un contrat d'apprentissage

**Données personnelles de l'apprenant-e**

Nom .....    Prénom .....

Date de naissance .....     masculin     féminin

N° AVS .....

Etat civil :     célibataire     marié-e     divorcé-e     séparé-e     veuf-ve     autre

Langue maternelle .....    Autre langue .....

Origine (NPA, commune et canton) .....    Nationalité .....

Rue et n° (selon dépôt des papiers) .....    NP-Localité .....

Téléphone mobile.....    E-mail .....

**Adresse courrier de l'apprenant-e si différente de celle ci-dessus**

Chez .....    Téléphone .....

Rue et n° .....    NP-Localité .....    Canton .....

**Scolarité obligatoire terminée en**    Année .....    Canton/Pays .....

Nom de l'école .....    NP-Localité .....

**Activités antérieures**

Autre école .....    de .....    à .....

Autre apprentissage .....    de .....    à .....

Titre(s) obtenu(s) (CFC ou diplôme) .....    Année .....

**L'apprenant-e souffre-t-il/elle d'une allergie, infirmité ou affection médicale dont vous souhaitez nous informer, si oui laquelle ?**

.....  
 .....

**Données personnelles du représentant légal (rubrique obligatoire jusqu'à 25 ans)**

Si les parents sont séparés ou divorcés, cocher la case du ou des détenteurs de l'autorité parentale (cocher les 2 en cas d'autorité conjointe)

Représentant légal :     Père     Mère     Autre<sup>1</sup> .....     Père     Mère     Autre<sup>1</sup> .....

Représentant fiscal :     Père     Mère     Autre<sup>1</sup> .....     Père     Mère     Autre<sup>1</sup> .....

<sup>1</sup>Préciser

<sup>1</sup>Préciser

Nom .....    .....

Prénom .....    .....

Date de naissance (obligatoire) .....

Rue et n° (selon dépôt des papiers) .....

NP-Localité .....

Profession .....

Téléphone privé .....

Téléphone prof. ....

Téléphone mobile .....

E-mail .....

**Entreprise formatrice**

Raison sociale .....

Rue et n° .....    Case postale .....    NP-Localité .....

Téléphone .....    E-mail .....

**Formateur(-trice) en entreprise**

Nom .....    Prénom .....     masculin     féminin

Téléphone direct .....    Téléphone mobile .....    E-mail .....

**Une photo au format qualité passeport doit être jointe au présent document (inscription du nom/prénom au dos)**

[ ]

**CPNE**

Centre de formation  
professionnelle neuchâtelois  
Route des Longues-Raies 11  
Case postale 48  
2013 COLOMBIER (NE)

[ ]

**Avez-vous pensé à joindre la photo-passeport ?**

1 photographie passeport de l'apprenant·e, en inscrivant au dos le nom de ce·cette dernier·ère



L'accès aux cours est autorisé sous réserve de l'approbation du contrat par l'autorité cantonale qui en est détentrice.