

# Dossier d'inscription 2022 / 2023

## Bac Pro des Métiers du Commerce et de la Vente

### RENSEIGNEMENTS ELEVE

<sup>1</sup>  
INSCRIPTION EN CLASSE DE : **Sde / 1ère / Term** DIPLOME PREPARE : Option A ou Option B  
(rayer les mentions inutiles)

Nom du jeune : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

N° Sécurité sociale du jeune\* : .....

N° Téléphone portable : .....

Email : .....

Statut de l'élève :

Interne

Demi-pensionnaire

### RENSEIGNEMENTS FAMILLE

#### REPRESENTANT 1

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél portable : ..... Tél domicile : .....

Tél travail : .....

Email (impératif) : .....

Profession : ..... Entreprise : .....

Tél travail : .....

#### REPRESENTANT 2

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tél portable : ..... Tél domicile : .....

Email (impératif) : .....

Profession : ..... Entreprise : .....

Tél travail : .....

**REPRESENTANT LEGAL** (autorité décisionnelle détenue par)
 les parents     le père seulement     la mère seulement    Autre (à préciser).....
**SITUATION DES PARENTS :**
 mariés     divorcés     séparés     veuf (veuve)     Célibataires     pacsés     vie maritale
**AUTRE INTERLOCUTEUR :**

<input type="checkbox"/> Educateur	<input type="checkbox"/> Assistante sociale	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom		
Prénom		
Adresse		
Téléphone portable		
Téléphone travail		
Email		

**SCOLARITE ANTERIEURE :**

Année	Etablissement fréquenté	Classe	Diplôme obtenu (joindre copie)
	Nom – adresse		
2021-2022			

**DOCUMENTS A FOURNIR :**

- Bulletins scolaires de la dernière année
- Copie de la carte d'identité du jeune
- 2 photos d'identité
- Copie **complète** du livret de famille
- 1 RIB
- 12 timbres (tarif lettre jusqu'à 20 grammes)
- Photocopie de l'attestation de recensement pour les jeunes de plus de 16 ans
- Chèque d'acompte (150 euros)

**AUTORISATION DE TRANSPORT :**

Le représentant légal (signataire de ce document) autorise le transport de son jeune dans le cadre des activités organisées par l'établissement pendant l'ensemble de la durée de formation.

**SIGNATURES**

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Représentant légal	Jeune

CFA MFR MOULIN DE LA PLANCHE  
45 route d'Artondu  
91150 Ormoy la Rivière  
Tél : 01 64 94 58 98 – Fax : 01 69 92 83 20  
Mail : maison-familiale-cfa@wanadoo.fr web : <http://www.cfa-moulindelaplanche.fr>

## Autorisation de transport et de consultation à l'hôpital

Nom du jeune : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

Nationalité : .....

N° Sécurité sociale : .....

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. S'il y a urgence, l'élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. L'élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. Pour les élèves étant sous contrat d'apprentissage, tout accident sur temps scolaire est déclaré en accident de travail après en avoir informé le secrétariat.

Je soussigné(e) : .....  
(Nom et prénom du représentant légal)

Demeurant : .....

Autorise

N'autorise pas

les responsables de MFR CFA Moulin de la planche à transporter ou à faire transporter mon enfant en consultation à l'hôpital.

A .....

Date .....

Signature(s)

## Autorisation d'intervention chirurgicale

Je soussigné(e) .....

Autorise

N'autorise pas

l'anesthésie de mon enfant ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A .....

Date .....

Signature(s)

## Autorisation de prise en charge

Je soussigné(e) .....

Autorise

N'autorise pas

les enseignants ou le personnel de l'établissement, à prendre toutes les dispositions en cas d'accident ou de maladie.

A .....

Date .....

Signature(s)

# Fiche santé

1. L'élève a-t-il subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ?

- Non  
 Oui

Date	Nature

2. L'élève est-il atteint d'une maladie nécessitant un traitement spécial ?

- Non  
 Oui

Nature de la maladie	Nature du traitement

3. L'élève a-t-il des réactions allergiques médicamenteuses ou alimentaire ?

- Non  
 Oui

Nature de la maladie	Nature du traitement

4. L'élève est-t-il reconnu en situation de handicap ?

- Non  
 Oui

Nature

5. Date dernier rappel du vaccin antitétanique : ..... (pour être efficace : rappel tous les 5 ans)

6. Porte-t-il des lunettes ou verres de contact ?

- Non  
 Oui : précisez : .....

7. A-t-il des difficultés d'audition ?

- Non  
 Oui

Fait à : .....

Le : .....

Signature du représentant légal