

Dossier d'inscription 2022 / 2023

CAP Employé Polyvalent de Commerce

RENSEIGNEMENTS ELEVE

¹
INSCRIPTION EN CLASSE DE : **CAP 1 ou CAP 2** **DIPLOME PREPARE : CAP EPC**
(Rayer la mention inutile)

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-moulindeplanche.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