



FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

⇒ **BTS MOS** Management Opérationnel de la Sécurité **En alternance**
Dossier à rendre avant le **En 1 AN**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE STAGIAIRE

NOM : **Prénoms** : 1 2
Sexe : Masculin Féminin **Né (e) le** : **Age** :
A (Ville) : **Département ou Pays** :
Adresse du stagiaire :
Ville : **Code Postal** :
Téléphone : **Téléphone Portable** :
Adresse mail du stagiaire :
Nationalité :
Qualité : Demi-pensionnaire Externe

SPECIALITE

Titulaire CAP/ BEP
BAC/BAC prérequis obligatoire
AUTRE

Situation de handicap : oui compléter la fiche Handicap Notification MDPH oui (à fournir)

RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES FINANCEUR OU SI STAGIAIRE MINEUR

Nom et Prénom
Père **Autre Responsable** **Séparé**
Adresse :
Code Postal Ville Mail :
N° Tél. Domicile N° Tél. Portable
Profession code profession (voir liste jointe page 5)
Nom de l'employeur
Adresse employeur
Code Postal: Ville: N° Tél Professionnel
Responsable Légal OUI NON **Responsable Payeur** OUI NON

Nom et Prénom
Mère **Autre Responsable** **Séparé**
Adresse :
Code Postal Ville Mail :
N° Tél. Domicile N° Tél. Portable
Profession code profession (voir liste jointe page 5)
Nom de l'employeur
Adresse employeur
Code Postal: Ville: N° Tél Professionnel
Responsable Légal OUI NON **Responsable Payeur** OUI NON

COMPOSITION DE LA FAMILLE : tous les enfants, y compris les enfants mariés.

Nombre total d'enfants (y compris l'élève) : Nombre d'enfants scolarisés (élève compris) :

Cadre réservé à l'administration

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Copies des bulletins de l'année | <input type="checkbox"/> Copies PAI, PAP, PPS, MDPH |
| <input type="checkbox"/> Fiche dossier médical | <input type="checkbox"/> Copies certificats de vaccinations |
| <input type="checkbox"/> Fiche handicap | <input type="checkbox"/> Mandat Sepa + RIB |
| <input type="checkbox"/> chèque 140€ | <input type="checkbox"/> Contrat de Scolarisation |



En cas de contrat en alternance

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE

NOM :

Adresse :

Code Postal : **Ville** :

Téléphone :

Nom du contact opérationnel :

Téléphone Portable..... **Adresse mail** :

VIE SCOLAIRE

Aménagements antérieurs:

PPRE -Programme Personnalisé de Réussite Educative

OUI NON

PAI – Projet d'Accueil Individualisé

OUI NON

PAP – Plan d'Accompagnement Personnalisé

OUI NON

Date de la mise en place :

PPS-Plan Particulier de Scolarisation

OUI NON

à fournir
si concerné

Autorisations du responsable si candidat mineur :

J'autorise (Nom Prénom)à participer aux sorties de classe dans le cadre de la formation.

Droit à l'image

Au cours de l'année certaines activités pourront faire l'objet de reportages susceptibles d'être publiés. Autorisation « droit à l'image » oui non

Droit d'ouverture ECOLE DIRECTE

Pour suivre votre enfant sur le site internet ECOLE DIRECTE, la création d'une session est nécessaire.

Autorise l'ouverture d'une session oui non

Les codes vous seront communiqués ultérieurement. Nos logiciels traitants vos données personnelles sont conformes au règlement général sur la protection des données (loi n°2018-493 du 20 juin 2018)

Règlement intérieur consultable sur ECOLE DIRECTE

Nous reconnaissons que l'inscription au Lycée Professionnel Privé CFA Centre de Formation Jeanne Mance vaut adhésion aux dispositions du règlement intérieur de l'établissement et engagement à le respecter.

L'INSCRIPTION SERA DEFINITIVE AU RETOUR COMPLET DU DOSSIER

Signature du Stagiaire

Signature des parents ou responsable légal ou financeur

Précédée de la mention « Lu et Approuvé »

DOSSIER MEDICAL



Dossier strictement confidentiel destiné à l'établissement. A remplir soigneusement dans l'intérêt du STAGIAIRE.

LE STAGIAIRE :

SECURITE SOCIALE du stagiaire **OBLIGATOIRE** (ou du responsable légal) :

N° Sécurité Sociale :

EN CAS D'IMPOSSIBILITE A JOINDRE LE RESPONSABLE LEGAL, CONTACTER LA PERSONNE SUIVANTE :

Nom et Prénom : Degré de parenté :

Adresse :

N° de téléphone :

VACCINATIONS

Joindre une photocopie des certificats de vaccinations ou du carnet de santé.

Date DT POLIO:

MEDECIN TRAITANT

Nom et Prénom : N° de téléphone :

Tous les médicaments devant être pris dans l'établissement devront faire l'objet d'un PAI et être obligatoirement déposés à la Vie Scolaire.

TRAITEMENT MEDICAL PARTICULIER EN COURS :

TRES IMPORTANT : Médicaments que le stagiaire ne supporte pas :

ALLERGIES :

ANTECEDENTS :

- Accidents, infections aiguës, intoxications, (précisez) :

- Maladie, chroniques (affections cardiaques, hémophilie, diabète, insuffisance rénale, épilepsie, spasmophilie, asthme, allergie, etc...) (précisez) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE STAGIAIRE

Que vous souhaitez nous communiquer concernant sa santé ou son adaptation au Lycée (sous pli confidentiel adressé aux services administratif).

AUTORISATION DE TRAITEMENT, DE TRANSPORT ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE :

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame

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

Nous déclarons que si l'état de notre enfant nécessite une consultation médicale d'urgence, nous autorisons les personnels de l'établissement à prévenir les services médicaux d'urgence qui eux seuls seront habilités à décider des soins médicaux à apporter.

Dans le cas où ces services médicaux le jugent utile, notre enfant sera acheminé dans la mesure du possible vers l'organisme de santé de notre choix :

- Centre Hospitalier de Troyes Clinique Montier la Celle

- L'Hôpital Privé de l'Aube (Clinique de Champagne)

Si l'état de santé de mon enfant le nécessite, **je m'engage à venir le chercher le plus rapidement possible.**

Cette obligation d'information des services de soins d'urgence étant faite nous reconnaissons expressément et en toute connaissance de cause que la responsabilité de l'établissement scolaire ne saurait être engagée.

Signature du stagiaire

Signature des parents ou responsable légal

Pour stagiaire mineur



FICHE - HANDICAP

Personne concernée par le handicap :

Nom- Prénom _____

Classe : _____

Tél : _____ Portable : _____

E-mail _____



Handicap moteur

Handicap visuel

Handicap auditif

L'organisme peut-il adapter sa prestation selon le type de handicap ?			
Type de handicap	Oui	Non	Si non, quelle solution apporter :
Handicap moteur			
Handicap visuel			
Handicap auditif			

Organisme proposé	Handicap moteur	Handicap visuel	Handicap auditif



RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

NOM et Prénom du stagiaire :

Nom et Prénom du Responsable Payeur :

DROIT D'INSCRIPTION 140€ soit
1 chèque de 70€ à la préinscription
1 chèque de 70€ à l'inscription définitive

**RIB A
AGRAFFER**

Mode de paiement choisi :

- **Prélèvements**
(Sur 9 mois d'octobre à juin)
- **Totalité à réception
de la facture**
- **Autres**

Signature du Responsable payeur :

✂

CODES PROFESSIONS

- | | |
|--|---|
| 11- agriculteurs sur petite exploitation | 56- personnels de services directs aux particuliers |
| 12- agriculteurs sur moyenne exploitation | 62- ouvriers qualifiés de type industriel |
| 13- Agriculteurs sur grande exploitation | 63- ouvriers qualifiés de type artisanal |
| 21- Artisans | 64- chauffeurs |
| 22- commerçants et assimilés | 65- ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport |
| 23- chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus | 67- ouvriers non qualifiés de type industriel |
| 31- professions libérales | 68- ouvriers non qualifiés de type artisanal |
| 33- cadres de la fonction publiques | 69- Ouvriers agricoles |
| 34- professeurs, professions scientifiques | 71- Anciens agriculteurs exploitants |
| 35- Professions de l'information, des arts et des spectacles | 72- anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise |
| 37- cadres administratifs et commerciaux d'entreprise | 74- anciens cadres |
| 38- ingénieurs et cadres techniques d'entreprise | 75- anciennes professions intermédiaires |
| 42- professeurs des écoles, instituteurs et assimilés | 77- anciens employés |
| 43- Professions intermédiaires de la santé et du travail social | 78- anciens ouvriers |
| 44- Clergé, religieux | 81- chômeurs n'ayant jamais travaillé |
| 45- professions intermédiaires administratives de la fonction publique | 83- militaires du contingent |
| 46- professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises | 84- élèves, étudiants |
| 47- techniciens | 85- personnes sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités) |
| 48- contremaîtres, agent de maîtrise | 86- personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités) |
| 52- Employés civils et agents de service de la fonction publique | 99- non renseignée (inconnue ou sans objet) |
| 53- Policiers et militaires | |
| 54- employés administratifs d'entreprise | |
| 55- employés de commerce | |

