



FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

⇒ **CAP OL** Opérateur Logistique Contrat d'apprentissage signé
 Dossier à rendre avant le2nde **Term** selon dossier de positionnement

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE

NOM : Prénoms : 1 2
 Sexe : Masculin Féminin Né (e) le : Age
 A (Ville) : Département ou Pays :
 Adresse de l'élève :
 Ville : Code Postal :
 Téléphone : Téléphone Portable de l'élève
 Adresse mail de l'élève :
 Nationalité :
 Qualité : Demi-pensionnaire Externe | Etablissement année précédente :
 Redoublant : Oui Non | Nom et adresse

Bourse : Oui non (joindre courrier de notification de droits de l'année à venir)
 PRE-REQUIS : avoir effectué une classe de troisième : année
 Situation de handicap : oui compléter la fiche Handicap Notification MDPH oui (à fournir)

RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES

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 7)
 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 7)
 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"/> Copie livret de famille	<input type="checkbox"/> Copie jugement si parents séparés
<input type="checkbox"/> Fiche dossier médical	<input type="checkbox"/> Certificat Médical	<input type="checkbox"/> Copies PAI, PAP, PPS, MDPH
<input type="checkbox"/> Fiche handicap	<input type="checkbox"/> Copies certificats de vaccinations	<input type="checkbox"/> Fiche équipement individuel
<input type="checkbox"/> Mandat Sepa + RIB	<input type="checkbox"/> chèque 85€	<input type="checkbox"/> Formulaire d'acceptation
<input type="checkbox"/> Enveloppe rémunération stage		<input type="checkbox"/> Casier Judiciaire (MS)



DOSSIER MEDICAL

Dossier strictement confidentiel destiné à l'établissement. A remplir soigneusement dans l'intérêt de l'élève.

L'ELEVE :

SECURITE SOCIALE de l'élève **OBLIGATOIRE** (ou du responsable légal) :

N° Sécurité Sociale :

PERSONNE A CONTACTER :

Responsable légal :

Nom et Prénom : Degré de parenté :

N° de téléphone :

En cas d'impossibilité :

Nom et Prénom : Degré de parenté :

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 :

DISPENSES DE SPORTS :

L'élève est-il dispensé de sport (joindre un certificat médical) OUI NON Partiel

L'élève est-il dispensé de piscine (joindre un certificat médical) OUI NON

Seuls les médicaments faisant l'objet d'un PAI sont autorisés et devront être obligatoirement déposés à la Vie Scolaire.

TRAITEMENT MEDICAL PARTICULIER EN COURS :

TRES IMPORTANT : Médicaments que l'élève ne supporte pas :

ALLERGIES :

ANTECEDENTS :

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

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

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 père ou responsable légal

Signature de la mère ou responsable légal



Certificat Médical d'Aptitude Pour élève se destinant à une formation en LOGISTIQUE AVEC PERMIS CARISTE

(prévention du risque en milieu professionnel)
vu l'Arrêté Ministériel, Ministère des Transports du 21 décembre 2005
section Groupe Lourd

A.....Le...../...../.....

Je soussigné (e),

Dr.....,
Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

Mr,Mme.....,
né(e) le...../...../..... , sexe:

et déclare avoir constaté l'aptitude physique de M.....à
suivre une formation à la conduite des chariots élévateurs autotractés eu égard aux normes
fixées par le texte législatif défini en supra notamment :

- ✓ Pathologie cardio-vasculaire
- ✓ Altérations visuelles
- ✓ Oto-rhino-laryngologie
- ✓ Pratiques addictives – neurologie-psychiatrie
- ✓ Appareil locomoteur

En conséquence il, elle, est apte à participer à une formation scolaire comprenant des stages en milieu
professionnel avec conduite d'engins de manutentions nécessitant le permis dit de type « CACES ».

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de
droit.

cachet professionnel signature



Equipement individuel :

Le Conseil régional participe au financement de l'équipement individuel de formation de la spécialité dans laquelle vous êtes inscrit.

Cet équipement est attribué au lycéen entrant en CAP ou en Bac professionnel.

L'achat est effectué par le lycée selon une liste établie par spécialité.

Celui-ci vous appartiendra à l'issue de la formation engagée (deux ans en CAP, trois ans en Bac Professionnel).

Vous en êtes responsable, et l'entretien de cet équipement est à votre charge.

En cas d'interruption de scolarité, les équipements financés sont intégralement rendus au Lycée Jeanne Mance.

Nom et prénom de l'élève :

Classe :

Signature de l'élève

Signature des parents



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 de l'élève :

Nom et Prénom du Responsable Payeur :

DROIT D'INSCRIPTION de 85€

- par chèque à l'ordre de LPP Jeanne Mance
- en espèces

A AGRAFFER

**RIB A
AGRAFFER**

Mode de règlement 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 | |

