**A retourner avant le 31 juillet 2020**

**NOM :** --------------------------------------------------------  **PRENOM :** -------------------------------------------------

**SECTION :** -------------------------------------------------------- (mentionné sur la convocation)

**◼ FICHES A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT**

|  |
| --- |
| **Fiche N°1 : Coordonnées** |
| **Fiche N°2 : Renseignements administratifs** |
| **Fiche N°3 : Renseignements médicaux**  ⦁ Certificat médical à fournir uniquement si l’apprenti(e) est dispensé (e) d’EPS pour l’année. |
| **Règlements : Self et hébergement** :  **TRÈS IMPORTANT**  **Pour tout paiement par chèque mentionner au dos** :  Le Nom – Prénom et section de l’apprenant(e)  **Pour les espèces, mettre sous enveloppe et mentionner :**  Le Nom – Prénom et section de l’apprenant(e) |

**FICHE N°1 : COORDONNEES (informations obligatoires)**

**APPRENTI(E)**

**NOM** : -------------------------------------------------------- **PRENOM** : ------------------------------------------------------

**ADRESSE** : ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**COMMUNE :** ------------------------------------------------------------------------- **CODE POSTAL** : ---------------------------------

**MAIL** : ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**TEL FIXE** : -------------------------------------------------------- **TEL PORTABLE** : ----------------------------------------------------

**RESPONSABLE LEGAL 1 MERE 🗆 PERE 🗆 AUTRE 🗆 (copie de la décision de justice)**

**NOM** : -------------------------------------------------------- **PRENOM** : ------------------------------------------------------

**ADRESSE** : ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**COMMUNE :** ------------------------------------------------------------------------- **CODE POSTAL** : ---------------------------------

**MAIL** : ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**TEL FIXE** : -------------------------------------------------------- **TEL PORTABLE** : ----------------------------------------------------

**RESPONSABLE LEGAL 2 MERE 🗆 PERE 🗆 AUTRE 🗆 (copie de la décision de justice)**

**NOM** : -------------------------------------------------------- **PRENOM** : ------------------------------------------------------

**ADRESSE** : ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**COMMUNE :** ------------------------------------------------------------------------- **CODE POSTAL** : ---------------------------------

**MAIL** : ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**TEL FIXE** : -------------------------------------------------------- **TEL PORTABLE** : ----------------------------------------------------

**APPRENTI(E) PRIS EN CHARGE PAR UNE INSTITUTION**

**NOM DE L’INSTITUTION :** --------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ADRESSE :** ----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**NOM DU REFERENT** : --------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**MAIL** : --------------------------------------------------------------------------- Tél : -----------------------------------------------

**FICHE N°2 : RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS**

**◼ REGIME à remplir obligatoirement**

VOUS DEVEZ CHOISIR **UN SEUL REGIME** (COCHEZ LA MENTION CHOISIE ET RAYEZ LES MENTIONS INUTILES)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Externe** | Déjeune à l’extérieur du CFA. |
|  | **Demi-pensionnaire** | Déjeune obligatoirement au self le midi. |
|  | **Interne mineur** | **Utilise impérativement** la navette « CFA/Résidence » matin et soir.  Prend son déjeuner au self-service du CFA, le dîner et petit déjeuner à la Résidence  Rentre à la Résidence avant 22h00 pour les élèves autorisés à sortir (voir fiche internat). |
|  | **Interne majeur**  Cochez les cases correspondantes à vos choix | Moyen de transport  ☐ Utilisation de la navette - ☐ véhicule personnel  Self  ☐½ pensionnaire - ☐ externe |

**NB : L’inscription à la cantine est ouverte aux apprenants(e) durant toute l’année scolaire.**

**Toute demande de changement de régime ne sera prise en compte qu’à la semaine d’alternance suivante.**

**Si l’apprenant(e) est mineur(e), la demande de changement de régime doit être effectuée, par courrier, signée par le responsable légal.**

**◼ SORTIES PÉDAGOGIQUES & DROIT À L’IMAGE**

**Si l’apprenant(e) est :**

|  |  |
| --- | --- |
| **MINEUR(E)**  Autorisez-vous votre fils / fille | **•** A sortir du CFA dans le cadre de sorties pédagogiques organisées pour la durée de formation?   OUI  NON  **•** A être filmé(e) et/ou photographié(e) par le CFA, dans le cadre de sa durée de formation ? OUI  NON |
| **MAJEUR(E)** | •Autorisez-vous le CFA à vous filmer et/ou photographier, dans le cadre de votre durée de formation ? OUI  NON |

logo-important_300x225__kpt3xm

**Date et signature obligatoires**

**FICHE N°3 : RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

PHOTO

OBLIGATOIRE

(A COLLER)

NOM et prénom de l’apprenant(e)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

N° de Sécurité sociale de l’apprenant(e)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Date de naissance  Apprenant(e) majeur(e) OUI NON

Section  **Téléphone personnel de l’apprenant(e)**

**INFORMATIONS MEDICALES**

Groupe sanguin et rhésus :

Médecin traitant :

Téléphone :

**PERSONNE A CONTACTER EN CAS D’URGENCE**

Nom/Prénom**:**

Téléphone**:**

**Problèmes médicaux, allergies**

**ou traitements en cours** (Confidentialité assurée) **Situations particulières :** (Dyslexie, MDPH etc…)

Joindre tout document utile à la prise en charge des situations particulières.



**NOTA : La présence d’un(e) élève ou d’un(e) apprenant(e) non majeur(e) au C.F.A. entraîne le transfert de responsabilité sanitaire.**

**La direction du CFA est de ce fait autorisée à prendre toute décision de soins, d’hospitalisation et/ou d’intervention chirurgicale, si les circonstances ou l’urgence justifient une telle décision.**

logo-important_300x225__kpt3xm

Date et signature obligatoires