



FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION



Indiquez la classe prévue pour 2021/2022

⇒ **CAP Accompagnant Educatif
Petite Enfance.....**
Dossier à rendre avant le

RENSEIGNEMENT CONCERNANT LE STAGIAIRE

NOM :

Prénoms :

Sexe : Masculin Féminin

Né (e) le : Age.....

A (Ville) : Département ou Pays :

Adresse du stagiaire :

.....

Ville :

Code Postal :

Téléphone :

Téléphone Portable.....

Adresse mail :

Nationalité :

Si Etrangère : Laquelle

Adresse mail :

Etes-vous en situation de handicap : oui non

Si oui, lequel :

Qualité : Demi-pensionnaire Externe

(Prix du repas : 6,70€ le repas pour 1 à 3 repas semaine et 6,25 € pour 4 à 5 repas ou semaine complète)

SPECIALITE

Titulaire	CAP	<input type="checkbox"/>
	BEP	<input type="checkbox"/>
	BAC PRO	<input type="checkbox"/>
	BAC	<input type="checkbox"/>
	AUTRE	<input type="checkbox"/>

L'INSCRIPTION SERA DEFINITIVE AU RETOUR DU DOSSIER COMPLET.



ASSOCIATION JEANNE MANCE FORMATION CONTINUE

Rue du Paradis 10000 TROYES

Tél. 03 25 83 11 22 Fax. 03 25 83 11 23 E-mail : forcontinue@jeannemance.org

RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES

Nom et Prénom.....

Père **Autre Responsable** **Séparé**

Adresse :

Code Postal et ville

N° Tél. Domicile.....N° Tél. Portable.....

Profession:.....

Nom de l'employeur :

.....N° Tél Professionnel.....

Responsable Légal OUI NON Responsable Payeur OUI NON

Nom et Prénom.....

Mère **Autre Responsable** **Séparé**

Adresse :

Code Postal et ville

N° Tél. Domicile.....N° Tél. Portable.....

Profession:.....

Nom de l'employeur :

.....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 le stagiaire) :

Nombre d'enfants scolarisés (stagiaire compris) :

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

Signature de l'élève

Signature des parents ou du responsable légal



DOSSIER MEDICAL

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

L'ELEVE :

NOM : Prénoms :
Né (e) le :
A (Ville) : Département ou Pays :

SECURITE SOCIALE de l'élève (ou du responsable légal) :
N° carte vitale :

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 BCG :
Date DT POLIO :

MEDECIN TRAITANT

Nom et Prénom :
Adresse :
Code Postal et Ville.....
N° de téléphone :

TRAITEMENT MEDICAL PARTICULIER EN COURS :

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

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 infirmiers).

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 autorisons :

- notre fils/fille à se rendre seul(e) à divers types de soins médicaux et dégageons l'établissement de toutes responsabilités ;
- le chef d'établissement à prendre en cas d'urgence toutes les mesures médicales, chirurgicales nécessaires et à hospitaliser notre enfant si cela est jugé utile.

Nous déclarons que si l'état de notre fils/fille nécessite une consultation d'urgence, nous essaierons, dans la mesure du possible, de venir personnellement le (la) chercher au lycée, pour l'acheminer au service médical. Si nous ne pouvons effectuer ce déplacement ; nous nous engageons à supporter les frais de transport dus pour l'utilisation d'un « véhicule sanitaire léger ». Il sera dirigé vers :

- Centre Hospitalier de Troyes Clinique Montier la Celle
- Clinique de Champagne

Autorisations du responsable si candidat mineur.

J'autorise (prénom)..... à participer aux sorties de classe dans le cadre scolaire.

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.

Extrait Règlement : <http://www.jeannemance.org/reglement.php>

Fait à le

Signature des parents ou répondants

Signature du stagiaire

Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Nos logiciels traitants vos données personnelles sont conformes au règlement général sur la protection des données (loi n°2018-493 du 20 juin 2018)



- Rappel des Pièces à fournir à ce dossier :**
- CV + lettre de motivation
 - Copies bulletins trimestriels de l'année
 - Copie du dernier diplôme s'il y a lieu
 - RIB
 - Chèque de 140€ droit d'inscription
 - Copies certificats de vaccinations (vaccins à jour)

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

NOM et Prénom de le stagiaire :

Nom et Prénom du Responsable Payeur :

- Règlement définitif à la préinscription : 70 €
- Solde à la confirmation de la réussite de l'examen (CAP / BAC ou autre)

**2 CHEQUES DE 70 € = 140 €
CORRESPONDANTS**

A AGRAFFER

AU DROIT D'INSCRIPTION

Mode de paiement choisi :

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

-

Signature du Responsable payeur :

RIB A AGRAFFER



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