

CFA DE SAÔNE-ET-LOIRE
Année scolaire

◇ **DEMANDE D'INSCRIPTION**

Photo d'identité
récente
(à coller)

CLASSE DE :

ÉTAT CIVIL CANDIDAT

Nom (en majuscules) : Prénom usuel :

Prénoms de l'état civil : Sexe : M F

Situation familiale : Nom de naissance :

Date de naissance : à Département : Pays :

N° de sécurité sociale du jeune :

Nationalité :

Adresse :

Code postal : Commune :

N° tél.domicile : Sur liste rouge : Oui Non

N° portable : Sur liste rouge : Oui Non

Mail du candidat :

Redoublant ⁽¹⁾ : Oui Non

Régime envisagé ⁽¹⁾ : Interne Demi-pensionnaire Externe

Langue vivante : Anglais

SITUATION L'ANNÉE PRÉCÉDENTE

Nom et adresse de l'établissement fréquenté :

Formation suivie (3ème générale, Segpa...):

Apprentissage : Oui Non

Dernier diplôme obtenu ou en cours d'obtention (nom et spécialité) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MAÎTRE D'APPRENTISSAGE

Dénomination sociale, nom, prénom :

Adresse :

Nom, prénom du maître d'apprentissage :

Adresse mail :

N° tél fixe : N° tél portable :

Date d'embauche prévue :

(1) cocher la case correspondant à votre choix

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

RESPONSABLE 1 <i>(et destinataire des factures)</i>	
Lien de responsabilité ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	Responsable légal ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Civilité ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	Autorité parentale ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom (en majuscules) : <input style="width: 45%;" type="text"/> Prénom : <input style="width: 45%;" type="text"/>	
Nom de jeune fille : <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Situation familiale ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Séparé(e)	
Adresse : <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Code postal : <input style="width: 25%;" type="text"/> Commune : <input style="width: 65%;" type="text"/>	
N° tél. domicile : <input style="width: 25%;" type="text"/> Sur liste rouge ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
N° portable : <input style="width: 25%;" type="text"/> Sur liste rouge ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Mail du responsable : <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Autorise la communication de ses coordonnées ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Situation professionnelle ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> au chômage <input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/> pré-retraité <input type="checkbox"/> autre situation	
Intitulé exact de la profession : <input style="width: 60%;" type="text"/> N° tél. professionnel : <input style="width: 35%;" type="text"/>	
RESPONSABLE 2	
Lien de responsabilité ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	Responsable légal ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Civilité ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> Monsieur <input type="checkbox"/> Madame	Autorité parentale ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom (en majuscules) : <input style="width: 45%;" type="text"/> Prénom : <input style="width: 45%;" type="text"/>	
Nom de jeune fille : <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Situation familiale ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Vie maritale <input type="checkbox"/> PACS <input type="checkbox"/> Séparé(e)	
Adresse (si différente du responsable 1) : <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Code postal : <input style="width: 25%;" type="text"/> Commune : <input style="width: 65%;" type="text"/>	
N° tél. domicile : <input style="width: 25%;" type="text"/> Sur liste rouge ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
N° portable : <input style="width: 25%;" type="text"/> Sur liste rouge ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Mail du responsable : <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Autorise la communication de ses coordonnées ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Situation professionnelle ⁽¹⁾ : <input type="checkbox"/> en activité <input type="checkbox"/> au chômage <input type="checkbox"/> retraité <input type="checkbox"/> pré-retraité <input type="checkbox"/> autre situation	
Intitulé exact de la profession : <input style="width: 60%;" type="text"/> N° tél. professionnel : <input style="width: 35%;" type="text"/>	
Autre personne à contacter en cas d'absence et d'urgence : <input style="width: 90%;" type="text"/>	
N° tél. ou portable : <input style="width: 45%;" type="text"/> lien de parenté : <input style="width: 45%;" type="text"/>	

⁽¹⁾ cocher la case correspondant à votre choix

ENGAGEMENT

- Je soussigné(e) :
- Certifie sur l'honneur les renseignements précisés sur ce document
 - M'engage à payer la pension (internat, demi-pension) pendant la durée de la scolarité, conformément au tarif en vigueur. A défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement en soit poursuivi, conformément à la réglementation en vigueur.
 - Certifie avoir pris connaissance de l'ensemble des documents et règlements régissant le fonctionnement de l'établissement.

Date et signature des responsables

Date et signature de l'apprenti(e)