

FORMULAIRE DE PREINSCRIPTION

(SOUS RESERVE DE VALIDATION LORS DE L'ENTRETIEN DE RECRUTEMENT AVEC LE DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT)

Toutes les rubriques doivent être renseignées pour valider l'inscription

Renseignements sur l'Elève

Nom : _____ Prénoms : _____

(Dans l'ordre de votre état civil)

Date, lieu de naissance et code postal : _____

Age : |__|__| ans Nationalité : _____

Adresse : _____

Code Postal : |__|__|__|__|__| VILLE : _____

Portable : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| E-mail : _____

Classe demandée :

- 4^{ème}
 3^{ème}

- CAPA SAPVER 1^{ère} année
 CAPA SAPVER 2^{ème} année

- 2^{nde} SAPAT

Qualité :

- Interne
 ½ Pensionnaire

Renseignements sur la Famille

PERE Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : |__|__|__|__|__| VILLE : _____

Profession : _____ **Catégorie Socioprofessionnelle** (Donnée obligatoire, Voir feuille) **N° :** _____

Téléphone domicile : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Portable : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Téléphone travail : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| E-mail : _____

MERE Nom : _____ Prénom : _____

Adresse (si différente de celle indiquée ci-dessus) : _____

Code Postal : |__|__|__|__|__| VILLE : _____

Profession : _____ **Catégorie Socioprofessionnelle** (Donnée obligatoire, Voir feuille) **N° :** _____

Téléphone domicile : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Portable : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse, code postal, ville :		
Téléphone domicile :		
Téléphone portable :		

Scolarité Antérieure

Année scolaires Antérieures	Etablissement fréquenté	Classe Fréquentée
	Nom et Adresse de l'établissement	
2022/2023		
2023/2024		

Financement des frais de pension et scolarité et de toute autre activité réalisée dans le cadre de la formation

Elève boursier l'an dernier : Oui Non

(Préciser si l'élève a obtenu une bourse au mérite)

Demande de bourse (rentrée 2024) : Oui Non

Les dossiers doivent être retirés auprès de Mme LIBERCÉ (Secrétariat de la MFR)

Si un organisme (ASE, UDAF...) prend en charge les frais de pension et de scolarité merci d'indiquer ci-dessous :

L'adresse de facturation :

Le nom de la personne chargée du suivi : _____

Le numéro de téléphone du service payeur : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Renseignements Divers

Le jeune bénéficie d'une notification de la MDPH pour une AESH *: Oui Non

***(Fournir la notification de la Maison Départementale des Personnes Handicapées)**

Apte à la pratique du sport * : Oui Non Partiellement

***(Fournir un certificat en cas d'inaptitude)**

Votre enfant :

Souffre-t-il ?

D'allergies : Respiratoires : Oui (.....) Non
Cutanées : Oui (.....) Non
Alimentaires : Oui (.....) Non
Médicamenteuses : Oui (.....) Non

D'une affection chronique (Asthme, Epilepsie, Diabète...) : Oui (.....) Non

D'une atteinte sensorielle : Problème de vue : Oui Non
Problème d'audition : Oui Non

A-t-il un suivi spécialisé* ? Oui (.....) Non

***(Psychologique, orthophonique, en psychomotricité, en rééducation fonctionnelle...)**

J'autorise mon enfant à procéder, avec le soutien de l'école, à son inscription au service de messagerie GMAIL de Google.

J'autorise mon enfant à utiliser, sous la responsabilité de l'école, ce service de messagerie, étant entendu que toute utilisation de la messagerie en dehors de l'école relève de ma responsabilité.

Prénom : Nom : Classe :

Signature des parents précédée de la mention « lu et approuvé »

Comment avez-vous connu la M.F.R ?

Site Internet Salon, Forum, Précisez : _____

Collège, Lycée, Précisez : _____

CIO Entreprise Portes Ouvertes Article de Presse Bouche à Oreille

Autres, Précisez : _____

SIGNATURES

Représentant légal

Elève

Directeur de la M.F.R

--	--	--



Merci de vérifier que

- Toutes les cases sont bien remplies
- Toutes les pièces administratives sont jointes, dans l'ordre, à ce dossier

MFR SAINT VALERY EN CAUX

6, rue nationale • 76 460 St Valery en Caux • 02 35 97 06 88 • mfr.st-valery-en-caux@mfr.asso.fr •
