

**DOSSIER D'INSCRIPTION ANNÉE 2023-2024**

FORMATION DEMANDÉE \_\_\_\_\_

 Site de formation souhaité : **HASPARREN**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_

**N° INE OBLIGATOIRE :** \_\_\_\_\_

(A trouver sur un bulletin de note ou à demander à votre établissement scolaire d'origine)

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable apprenti : \_\_\_\_\_

 Mail apprenti : \_\_\_\_\_ Permis :  Oui  Non

 Qualité souhaitée :  Interne  Demi-pensionnaire  Externe

Remarque : pour les BTSA, logement en résidence étudiante possible sur Hasparren et Pau. Pour les BTSA d'Oloron, pas de possibilité d'internat.

Photo

**FORMATION SUIVIE (durant les deux dernières années)**

ANNÉE	ÉTABLISSEMENT SCOLAIRE	CLASSE	DIPLÔME PRÉSENTÉ	ADMIS (oui/non)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS (à remplir obligatoirement)**

	Coordonnées du père	Coordonnées de la mère	Coordonnées du tuteur
Nom - Prénom			
Adresse			
N° de téléphone			
N° de téléphone portable			
E-Mail			
Profession			

**ENTREPRISE POUR LE CONTRAT D'APPRENTISSAGE**

Nom et adresse de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Nom du maître d'apprentissage : \_\_\_\_\_

Activité principale de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

 contrat signé 

 en cours de signature 

 en recherche

**DOCUMENTS A JOINDRE OBLIGATOIREMENT  
AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION**

	<b>Fiche intendance (document 1)</b>
	<b>Fiche autorisation employeur et attestation d'assurance (document 2)</b>
	<b>Feuille de suivi médical confidentielle à l'intention de l'infirmière (document 3)</b>
	<b>Fiche urgence (document 4)</b>
	<b>Certificat médical pour le sport (document 5)</b>
	<b>Attestation de droit à l'image (document 6)</b>
	<b>Autorisation de sortie (document 7)</b>
	Attestation de responsabilité civile
	Relevé d'identité bancaire de l'apprenti
	Relevé d'identité bancaire des parents
	2 photos d'identité récentes
	Photocopie de la carte nationale d'identité (recto verso)
	Attestation de droits (à demander à la CPAM ou MSA)
	Photocopie du dernier diplôme obtenu et du relevé de notes de l'examen
	Bulletins de notes (les trois derniers)
	Photocopie de la journée défense et citoyenneté
	Exeat ou certificat de fin de scolarité (uniquement pour les sortants de 3e ou 2nde )
	Notification RQTH, PAI, PAP, GEVASCO,
	Décision d'aménagements d'épreuves antérieure



**CFA DES PYRÉNÉES ATLANTIQUES**

**FICHE APPRENTI DE RENSEIGNEMENTS « INTENDANCE et COMPTABLE »**  
**(à joindre obligatoirement au dossier d'inscription)**

NOM \* : ..... Prénom \* : ..... Classe \* : .....  
Né(e) le \* : ..... à \* : .....  
Adresse\* : .....  
Code postal\* : ..... Ville\* : .....  
Téléphone apprenti\* : ..... Téléphone parents\* : .....  
Adresse mail : ..... Adresse mail : .....  
Régime \* : cocher la case correspondante  Interne  Demi-pensionnaire  Externe  
Redoublant \* : OUI NON (Rayer la mention inutile)

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS\***

Situation familiale\* :  mariés  séparés  divorcés  veuf (veuve)  Vie Maritale  célibataire  PACS

	Père	Mère	Tuteur - Tutrice
NOM – Prénom*			
Profession*			
N° de sécurité sociale*			
Date et lieu de naissance*			
Nom de l'employeur*			
Adresse de l'employeur*			
Téléphone de l'employeur*			

**JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL à agraffer à ce document**

**ATTESTATION d'ENGAGEMENT**

Je soussigné(e)\*, .....  
responsable financier de l'apprenti\* : ..... Classe\* : .....

- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, de l'internat et de la restauration scolaire de l'établissement.  
- m'engage à payer la pension (internat - demi pension), frais divers, pendant toute la durée de la scolarité, conformément au tarif en vigueur. A défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que ce recouvrement en soit poursuivi, conformément à la réglementation en vigueur.

Fait à\* : ....., le .....

Signature du ou des responsables\*

Signature de l'apprenti\*

**\* zone à compléter**

Document 2 :

Fiche autorisation employeur et attestation d'assurance

**AUTORISATION**

Je soussigné, Madame/Monsieur .....

Gérant(e) de l'entreprise .....

autorise mon apprenti(e) .....

à utiliser son véhicule personnel pour des sorties pédagogiques dans le cadre de sa formation au CFA.

à utiliser son véhicule si le contrat d'assurance le permet.

Fait à ..... le.....

Signature et cachet

**ATTESTATION D'ASSURANCE AUTOMOBILE**

N°SOC/CL :	Nom apprenti(e)
N°CONTRAT :	Prénom :
Période de validité :	Adresse :
Marque – Type Véhicule :	N° Permis :
Immatriculation :	Date d'Obtention :

(Nom assurance) ..... atteste que :

L'assuré(e) référencé ci-dessus, à souscrit, un contrat d'assurance garantissant :

la Responsabilité civile, défense

l'usage du véhicule pour des déplacements professionnels occasionnels durant sa formation en CFA

le transport de tiers à titre gratuit

Coordonnées de l'assurance :

Fait à ..... le.....

Cachet et signature de l'assureur

Document 3 :

Fiche de renseignements médicaux confidentielle à l'intention de l'infirmière

Ce document confidentiel, à remplir dans l'intérêt de l'élève, est à joindre au dossier sous pli cacheté, à l'intention de l'infirmière du CFAA.

Nom et prénom de l'élève/apprenti : ..... Classe : .....
Date de naissance : ...../...../..... Téléphone : ..... N° de sécurité sociale : .....
N° et nom de mutuelle : .....

Personnes à prévenir :

Table with 3 columns: Mère, Père, Autre. Rows include fields for Nom, Prénom, Adresse, Tel domicile, Tel travail, and Portable.

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....
Adresse : .....
Nom du spécialiste (si nécessaire) : .....

- L'élève/apprenti est-il atteint d'une maladie nécessitant un traitement spécial ? Indiquer les traitements déjà effectués et le traitement suivi :

- Réactions allergiques médicamenteuses ou alimentaires (donner des renseignements précis) :

- Groupe sanguin : .....

- Vaccinations : (vaccin et date de la dernière injection, joindre une copie) :

Table with 3 columns: vaccins, Vaccination réalisée, Date de dernière injection. Rows include BCG, Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite, Rougeole-Oreillons-Rubéole, Hépatite B, and Autres vaccinations.

- Autorisation pour l'infirmière de traiter l'élève/apprenti par l'homéopathie : Oui / Non

- Antécédents personnels :

- Médicaux : .....
• Chirurgicaux : .....

- Documents à fournir (si concerné) : Certificat médicaux, dossier MDPH, contre-indication à la pratique de certains sports, autres ...

- Observations

particulières : .....

A....., le.....

Signature du responsable légal ou de l'élève majeur :

Rappel important :

- Pour toute personne ayant un traitement et/ou une notification auprès de la MDPH merci de bien vouloir prévenir directement l'infirmière Mme IRALOUR.
- En cas de traitement médical à suivre dans l'établissement, les médicaments seront remis à l'infirmière avec un duplicata de l'ordonnance.

**Document 4 :**

**Fiche urgence**

**Document non confidentiel** à remplir par la famille à chaque début d'année scolaire.  
Valable dans l'enceinte du CFA ou lors des différents déplacements en France et/ou à l'étranger.

Nom et prénom de l'élève/apprenti : ..... Classe : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Téléphone : ..... N° de sécurité sociale : .....  
N° et nom de mutuelle : .....  
Groupe sanguin : .....

**Personnes à prévenir :**

<u>Mère</u>	<u>Père</u>	<u>Autre</u>
Nom : .....	Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
Tel domicile : .....	Tel domicile : .....	Tel domicile : .....
Tel travail : .....	Tel travail : .....	Tel travail : .....
Portable : .....	Portable : .....	Portable : .....

Adresse du jeune si différente : .....  
.....

Nom du médecin traitant : ..... Téléphone : .....  
Adresse : .....

Observations particulières que vous jugerez utiles de signaler :

- Allergies : .....
- Traitements : .....
- Précautions à prendre : .....

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel : .....  
(Joindre une photocopie des vaccinations)

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève ou l'étudiant accidenté ou malade vers l'hôpital le mieux adapté.  
Le transport est assuré par les services de secours d'urgence.

En cas de maladie ou accident ne relevant pas des secours d'urgence, l'élève/apprenti est envoyé en consultation en VSL (véhicule sanitaire léger), sous la responsabilité du chauffeur et aux frais de la famille si elle ne se déplace pas.

**Dans tous les cas l'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un parent ou d'un représentant légal.**

Je soussigné(e).....père, mère tuteur légal, apprenti majeur, (*ayer les mentions inutiles*) autorise :

- l'administration du CFA

- à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par le médecin attaché à l'établissement
- à faire hospitaliser à l'hôpital ou à la clinique préconisée par les secours

-le médecin de l'hôpital ou de la clinique à pratiquer une opération chirurgicale, y compris l'anesthésie en cas d'urgence

-le transport aller-retour du CFAA à l'hôpital ou à la clinique, par les pompiers ou VSL et m'engage à régler moi-même les frais engagés

A.....le.....

Signature du responsable légal ou de l'apprenti majeur précédé  
de la mention Lu et approuvée

**Document 5 :**  
**Certificat médical pour le sport**

Je soussigné, Docteur.....

Lieu d'exercice :.....

Certifie avoir examiné l'élève/apprenti(e) :.....

Né(e) le :.....

Et constate ce jour que son état de santé :

- N'entraîne pas une inaptitude à la pratique de l'éducation physique et sportive

- Entraîne une inaptitude partielle ou totale

du..... au .....

(En cas de non production d'un nouveau certificat, l'élève/apprenti(e) sera considéré(e) apte à la reprise de l'éducation physique et sportive)

En cas d'inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève/apprenti(e), préciser si l'inaptitude est liée à :

- Des types de mouvement
- Des types d'effort
- A des situations d'exercice particulières
- Autre

.....

.....

.....

.....

**Date, signature et cachet du médecin :**

**Document 6 :**

**Attestation de droit à l'image (à remplir OBLIGATOIREMENT)**

Conformément à la loi, article 9 du code civil sur le droit à l'image et à l'article 121-2 du code de la propriété intellectuelle

Je soussigné (e) (nom-prénom apprenti majeur) \_\_\_\_\_

M(me) \_\_\_\_\_ responsable légal de l'apprenti(e) mineur \_\_\_\_\_

en classe de : \_\_\_\_\_

Autorise l'utilisation de l'image de mon enfant ou mon image, sous toute forme (films, photographies, site du Lycée/CFA...) et je renonce donc expressément à tous recours à la reproduction, la diffusion et l'exploitation des images.

N'autorise pas l'utilisation de l'image de mon enfant.

*(cochez la case correspondante)*

La présente autorisation de publication est délivrée pour l'année scolaire : 2023 – 2024.

Elle est consentie à titre gratuit.

Fait à : ..... le .....

**Signature du responsable :**



**Document 7 :**

**Autorisation(s) de sortie pour les mineurs**

Je soussigné(e) : M, Mme \_\_\_\_\_

Responsable de l'apprenant (Prépa Appr.) / Apprenti(e) : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

1 – Autorise l'élève (Prépa Appr.) / l'apprenti(e) à participer aux sorties culturelles et sportives non obligatoires (en dehors des heures de cours)

OUI

NON

**POUR LES INTERNES MINEURS**

2 – Autorise l'élève (Prépa Appr.) / l'apprenti(e) à sortir le mercredi à la fin des cours, et revenir **le jeudi à 8h30** (après en avoir averti le CFAA) :

OUI

NON

3 – Autorise l'élève (Prépa Appr.) / l'apprenti(e) à sortir librement en ville le mercredi après-midi dès la fin des cours jusqu'à 18h30 :

OUI

NON

**Signature du responsable légal :**