



DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire : 20 -- / 20 --

Classe demandée (cochez la case) :

Formations sous Contrat d'Apprentissage

- 1
- 1^{ère} année CAP Maintenance des Matériels option Tracteurs et Matériels Agricoles
 - 2^{ème} année CAP Maintenance des Matériels option Tracteurs et Matériels Agricoles
 - 2nde BAC Pro Maintenance des Matériels
 - Option A : Matériels Agricoles
 - Option B : Matériels Travaux Publics et Manutention
 - Option C : Matériels Parcs et Jardins
 - 1^{ère} BAC Pro Maintenance des Matériels
 - Option A : Matériels Agricoles
 - Option B : Matériels Travaux Publics et Manutention
 - Option C : Matériels Parcs et Jardins
 - Terminale BAC Pro Maintenance des Matériels
 - Option A : Matériels Agricoles
 - Option B : Matériels Travaux Publics et Manutention
 - Option C : Matériels Parcs et Jardins

Formations sous Contrat de Professionnalisation

- 1^{ère} BAC Pro Maintenance de véhicules automobiles
 - Option Voitures Particulières
- Terminale BAC Pro Maintenance de véhicules automobiles
 - Option Voitures Particulières

Coordonnées de l'apprenant

NOM :

Prénom :

(Prénoms) :

[Tapez un texte]



[

Coordonnées de l'apprenant (suite)

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Email ⁽¹⁾ (obligatoire) :

(1) De nombreux courriers vous seront envoyés par e-mail, merci de nous indiquer la fréquence de lecture de vos messages

tous les jours 2-3 fois par semaine moins d'une fois par semaine moins d'une fois par mois

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Code postale du lieu de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

INA ou INE :

Régime (Cochez la case) : Interne Demi-pensionnaire

PARCOURS SCOLAIRE DE L'APPRENANT

Année en cours (N) :

Classe suivie :

Nom professeur principal :

Etablissement scolaire :

Ville :

Code postal :

Année précédente (N-1) :

Classe suivie :

Nom professeur principal :

Etablissement scolaire :

Ville :

Code postal :

[Tapez un texte]



[

Année précédente (N-2) :

Classe suivie :

Nom professeur principal :

Etablissement scolaire :

Ville :

Code postal :

Année précédente (N-3) :

Classe suivie :

Nom professeur principal :

Etablissement scolaire :

Ville :

Code postal :

DIPLÔMES OBTENUS

Intitulé du diplôme :

Années d'obtention :

Intitulé du diplôme :

Années d'obtention :

Intitulé du diplôme :

Années d'obtention :

MOTIVATION DE L'APPRENANT

Expliquez en quelques lignes les raisons qui vous motivent pour entreprendre cette formation. Quelle profession souhaitez-vous faire ? Pourquoi ?

.....
.....
.....
.....
.....

[Tapez un texte]



COORDONNÉES DES PARENTS OU TUTEURS DE L'APPRENANT

Père (ou tuteur)

NOM :

Prénom :

(Prénoms) :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Email ⁽²⁾ (obligatoire) :

(2) De nombreux courriers vous seront envoyés par e-mail, merci de nous indiquer la fréquence de lecture de vos messages
 tous les jours 2-3 fois par semaine moins d'une fois par semaine moins d'une fois par mois

Profession :

Situation familiale

- Célibataire
- Marié(e)
- Veuf(ve)
- Divorcé(e)
- Vie maritale
- PACS / concubin
- Séparé(e)
- Mono parent

Mère (ou tutrice)

NOM :

Prénom :

(Prénoms) :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Email ⁽³⁾ (obligatoire) :

(3) De nombreux courriers vous seront envoyés par e-mail, merci de nous indiquer la fréquence de lecture de vos messages
 tous les jours 2-3 fois par semaine moins d'une fois par semaine moins d'une fois par mois

Profession :

Frère(s) et sœur(s)

NOM – Prénom : date de naissance

NOM – Prénom : date de naissance

NOM – Prénom : date de naissance

COORDONNÉES DES ENTREPRISES SOLLICITÉES

[Tapez un texte]



[

1^{ère} entreprise sollicitée

Raison sociale de l'entreprise :

NOM du gérant :

Prénom du gérant :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Email (*obligatoire*) :

2nde entreprise sollicitée

Raison sociale de l'entreprise :

NOM du gérant :

Prénom du gérant :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Email (*obligatoire*) :

3^{ème} entreprise sollicitée

Raison sociale de l'entreprise :

NOM du gérant :

Prénom du gérant :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Email (*obligatoire*) :

[Tapez un texte]



CONTRAT DE FORMATION – ANNÉE SCOLAIRE 20 -- / 20 - -

Coûts forfaitaire annuel de formation

	<i>Demi-pension</i>	<i>Interne</i>
CAP 1	337 €	756 €
CAP 2	365 €	810 €
6 2nde Pro	422 €	945 €
1ere BAC Pro	490 €	1 195 €
Term BAC Pro	515 €	1 260 €

Autres contributions :

- Adhésion à l'association Maison Familiale Rurale pour un montant de 20 € par famille
- Adhésion à l'association Sportive et socio-éducative de la MFR pour un montant de 5 € par apprenant
- Abonnement au « Lien des familles » pour un montant de 11,50 €

Soit un total de 36,50 €, réglé par chèque le jour du dépôt du dossier d'inscription.

Echéances et règlement

Un contrat financier est proposé pour l'année scolaire

Nous vous rappelons :

- Tout mois commencé est dû
- Le changement de statut (demi-pensionnaire / interne) n'est possible qu'une fois durant l'année scolaire sur présentation d'un courrier de la famille
- Le règlement de la formation est réalisé par prélèvement bancaire en tenant compte de l'échéancier
- Pour tout impayé par prélèvement, une facture de 11 € sera établie, correspondant aux frais d'impayés de notre banque

Je soussigné(e), tuteur ou représentant légal, demande l'inscription de mon fils / ma fillepour l'année scolaire, à la MFR SUD AGROMAT, en classe de et accepte les conditions financières ci-dessus.

A, le -- / -- / 20 --

Signature(s)

[Tapez un texte]



Formation par alternance
dans les métiers de
l'agriculture & de la mécanique

SIRET : 77727960500011 NDA : 73 82 00551 82

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT

7

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER MFR SUD AGROMAT - Campus Alternance - Antenne CFA CHEMIN JOUAN PETIT 82700 ESCATALENS	MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA ICS : FR33ZZ565411	
<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MFR SUD AGROMAT - Campus Alternance - Antenne CFA, 82700 ESCATALENS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MFR SUD AGROMAT - Campus Alternance - Antenne CFA, 82700 ESCATALENS. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.</p>		
Référence Unique du Mandat :		
NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR	DÉSIGNATION DU COMPTE A DÉBITER IBAN _____ Numéro d'identification international du compte bancaire BIC _____ Code international d'identification bancaire	
TYPE DE PAIEMENT : Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>		
Fait à :		Signature :
Le :		
<i>Note : vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque</i>		
Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78.17 du 8 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.		

[Tapez un texte]

Chemin Jouan Petit
82700 ESCATALENS

Tél. : 05 63 25 14 14
Email : mfr.escatalens@mfr.asso.fr

[www mf-sudagromat.fr](http://www.mf-sudagromat.fr)

Un établissement du CFA régional des MFR



[

FICHE SANTE *année scolaire 20-- / 20--*

Nom : Prénom :

Adresse :
.....

Personne à prévenir : (père, mère ou tuteur)

8

(personnel)/...../...../...../.....

(professionnel)/...../...../...../.....

Date de naissance :

Médecin traitant :

• Antécédents médicaux ou problèmes particuliers :

.....
.....
.....

• Recommandations à observer :

.....
.....
.....

• Allergies :

.....

• Allergies aux médicaments :

.....
.....

• Port de lunettes :

.....

• Régime alimentaire : (joindre un certificat médical)

.....
.....

• Vaccinations (joindre la photocopie du carnet de santé)

.....

Autorisation parentale d'anesthésier ou d'opérer, à faire pratiquer les soins médicaux nécessaires à l'état de santé du jeune en cas d'urgence.

Signature précédée de la mention
« lu et approuvé »

[Tapez un texte]



***CERTIFICAT MÉDICAL TYPE DE NON CONTRE-INDICATION À LA PRATIQUE SPORTIVE EN
COMPÉTITION DANS LE CADRE SCOLAIRE***

9

Je soussigné(e)

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

M/Mme

Né(e) le

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique de sport en
compétition dans le cadre scolaire.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et re-
mis en mains propres le

A

Signature et cachet du médecin

[Tapez un texte]



AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je soussigné,
(nom et prénom du chef de famille, ou représentant légal)

Autorise le Directeur de la Maison Familiale, ou son représentant, à faire donner à (nom de l'élève)
10 , les soins d'urgence, les anesthésies, les examens et à pratiquer toute intervention chirurgicale ou dentaire nécessités par son état, pendant la période des cours, ainsi qu'à l'occasion des autres activités : sessions, stages, voyages, au cours desquels il ou elle se trouve sous leur responsabilité.

Je laisse l'établissement libre de choisir (Centre Hospitalier de Montauban) et je le dégage de toute responsabilité,

OU

Clinique de votre choix : Tél :

Personne à prévenir immédiatement :

En cas de changement de numéro de téléphone,
nous vous remercions de nous en informer dans les plus brefs délais.

Monsieur, Madame :

Adresse :

Tél. domicile : Tél portable :

Tél. travail du père : Tél portable :

Tél. travail de la mère : Tél portable :

Autre personne (à préciser) :

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné,
(nom et prénom du chef de famille, ou représentant légal)

Autorise le Directeur de la Maison Familiale, ou son représentant, à sortir à mon fils / ma fille de l'hôpital ou de la clinique suite à une intervention chirurgicale, anesthésie et examens nécessités par son état pour l'année scolaire 20-- / 20--.

Signature du responsable légal,

[Tapez un texte]



Fait à

Le

AUTORISATION DE SORTIES PEDAGOGIQUES

11
Je soussigné(e),

(nom et prénom du chef de famille, ou représentant légal)

autorise ⁽⁴⁾

n'autorise pas ⁽⁴⁾

mon enfant *(nom et prénom de l'élève)* à
faire des sorties pédagogiques accompagnées par les moniteurs et/ou animateurs lors de la semaine de
cours à la Maison Familiale.

autorise ⁽²⁾

n'autorise pas ⁽²⁾

L'équipe de la Maison Familiale SUD AGROMAT – *Campus Alternance* à transporter mon enfant
..... *(nom et prénom de l'élève)*, dans le cadre des activités organisées
par la Maison Familiale.

Fait à

Le

Signature du responsable légal,

Précédée de la mention :

« lu et approuvé »

⁽⁴⁾ cocher la case correspondante

[Tapez un texte]



AUTORISATION PARENTALE AU « DROIT A L'IMAGE »

Année Scolaire 20-- / 20--

En raison de la loi sur le « droit à l'image », nous vous demandons de bien vouloir compléter ce document.

Je soussigné

Père, Mère,

Représentant légal de

Classe :

autorise ⁽⁵⁾

n'autorise pas ⁽⁵⁾

l'utilisation de la photographie de mon enfant dans le cadre de la Maison Familiale (*réalisation de plaquettes de communication, dépôts de photos sur notre site Internet, création de panneaux dans l'établissement,...*).

Fait à

Le

Signature du responsable légal,

⁽⁵⁾ *cocher la case correspondante*

[Tapez un texte]

PIÈCES À NOUS FOURNIR IMPÉRATIVEMENT : (PHOTOCOPIES)

- 13
- Dossier d'inscription complété (p1-5)
 - Contrat de formation complété et signé (p6)
 - Mandat de prélèvement SEPA complété et signé + 1 R.I.B (p7)
 - Frais d'adhésions aux associations 36,50 € (par chèque) à joindre au dossier d'inscription
 - Fiche santé, complétée et signée (p8)
 - Certificat médical autorisant la pratique du sport en compétition dans le cadre scolaire, complété et signé par votre médecin (p9)
 - Autorisation d'hospitalisation et autorisation de sortie, complétées et signées (p10)
 - Autorisation de sorties pédagogiques, complétée et signée (p11)
 - Autorisation parentale au Droit à l'image, complétée et signée (p12)
 - Livret de famille complet
 - Carte d'identité recto/verso sur la même page
 - 1 photo d'identité
 - Copies des diplômes obtenus
 - Relevés de notes de l'année précédent la rentrée
 - 6 enveloppes vierges, format 110 x 220 timbrées au tarif lettre
 - Attestation de recensement (pour les + de 16 ans) à retirer à la mairie du domicile
 - Certificat de participation à la journée défense et citoyenneté à retirer au centre du service national organisateur
 - Carte Vitale et son Attestation
 - Attestations d'assurances (Resp. Civile + Mutuelle)

TOUT DOSSIER INCOMPLET, RETARDE L'INSCRIPTION DEFINITIVE DE L'ELEVE

[Tapez un texte]