

<input type="checkbox"/> CAP AEPE	<input type="checkbox"/> TERMINALE BAC PRO SAPAT	
NOM	Prénom	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 80px; margin: 0 auto;">PHOTO</div>
Adresse/CP/VILLE : _____ _____		
Date de Naissance	Lieu de Naissance/n° Dépt.	
Tél. Domicile	Tél. Portable Jeune	
e-mail de l'apprenti :		
N° d'assuré social de l'apprenti : <i>(numéro figurant sur carte vitale)</i> _____	N° INE (à demander à votre ancien collègue) : _____	
NOM et Prénom du Père	Profession :	
Adresse du Père (si différente)	Tél. Domicile/Portable :	
	Tél. Travail :	
e-mail du père :		
NOM et Prénom de la Mère	Profession :	
Adresse de la Mère (si différente)	Tél. Domicile/Portable :	
	Tél. Travail :	
e-mail de la mère :		
REGIME <i>(le régime choisi s'applique pour l'année scolaire)</i> <input type="checkbox"/> ½ Pensionnaire <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Interne		Reconnaissance TH <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Suivi par : _____

Cadre réservé à l'UFA du Lycée KER ANNA	
Coordonnées Entreprise	Tél. Entreprise :
Nom :	Adresse :
Nom et Prénom Employeur :	Nom et Prénom Maître d'Apprentissage :
Tél. Port. Employeur :	Tél. Port. MA :
e-mail entreprise :	
Dossier reçu le : _____	Promesse d'embauche reçue le : _____

Si le jeune a besoin d'un **ACCOMPAGNEMENT SPECIFIQUE**

SCOLAIRE

Accompagnement GRAFIC ou autre (à préciser)

Nécessité d'un tiers-temps

MEDICAL

Suivi pour dyslexie, dysorthographe ou autre (à préciser)

(Joindre tout document que vous jugez utile)

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Je, soussigné(e) M _____

(parent ou représentant légal si apprenti mineur)

Autorise le Lycée de KER ANNA - KERVIGNAC ou le Maître d'Apprentissage à prendre le cas échéant, toutes mesures utiles pour une hospitalisation ou pour une opération chirurgicale d'urgence, en laissant le libre choix à l'établissement scolaire.

Souhaite que dans ce cas l'hospitalisation se fasse à l'hôpital ou la clinique : _____

(cocher la mention désirée)

Fait le _____ à _____

Signature :

ETAT DE SANTE

En cas de maladies, de séquelles ou d'opération chirurgicale, d'états particuliers : asthme, épilepsie, somnambulisme, etc..., faire un descriptif simple de la situation :

Nom du Médecin de Famille : _____

Adresse et n° Tél. _____

Dégage(nt) de toute responsabilité l'UFA du Lycée KER ANNA de KERVIGNAC en cas d'accident qui surviendrait à l'occasion d'un transport en véhicule personnel et s'engage à ne procéder à aucune poursuite contre celle-ci.

Fait le _____ à _____

Signature :

Facultatif

UTILISATION DE VEHICULE PERSONNEL POUR DEPLACEMENT DANS UN CADRE PEDAGOGIQUE

(à compléter si vous êtes majeur et titulaire du permis de conduire)

Nom et Prénom de l'Apprenti(e) : _____

Déclare :

- pouvoir utiliser ponctuellement mon véhicule personnel lors de déplacements dans un cadre pédagogique.
- et être assuré(e) pour transporter des passagers.

Type de Véhicule : _____ Immatriculation : _____

Assuré(e) auprès de la Compagnie d'Assurances : _____

Je dégage de toute responsabilité la direction de l'UFA du Lycée KER ANNA de KERVIGNAC en cas d'accident qui surviendrait à l'occasion d'un transport en véhicule personnel et m'engage à ne procéder à aucune poursuite contre celle-ci.

Fait le _____ à _____ Signature :

Pièces obligatoires à fournir avec le dossier d'inscription :

- 1 photo d'identité actuelle
- Carte d'identité recto-verso en cours de validité
- Bulletins scolaires des 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestres de la dernière année scolaire
- Diplôme(s) obtenu(s) + relevé(s) de notes
- 3 timbres poste au tarif en vigueur
- 1 Relevé d'Identité Bancaire pour le paiement des aides versées (Equipement, restauration, permis B...)
- Copie du carnet de vaccination
- Candidat âgé de 15 ans : Certificat de fin de 3^{ème}
- Candidat âgé de 16 à 18 ans : Attestation de recensement
- Candidat âgé de 18 à 24 ans : Attestation de participation à la Journée du Citoyen
- Attestation MSA ou SS (attestation Carte vitale) indiquant le numéro d'immatriculation de l'apprenti
- Attestation d'assurance de responsabilité civile
- Notification de décision si reconnaissance de travailleur handicapé
- Attestation/Certificat SST, PRAP, CACES