



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

A compléter à renvoyer sous 15 jours

Fournir 1 photo

Année scolaire : 20...../ 20..... Classe : _____

APPRENANT :

NOM -Prénom(s) : _____ Sexe : M F

Numéro de Sécurité sociale de l'apprenant : _____

Né(e) le : / / Lieu de naissance (commune et département) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Email Obligatoire Ecrire en majuscules : _____ @ _____

RESPONSABLES LÉGAUX –Renseignements OBLIGATOIRES

Mère Autorité parentale : Oui Non

NOM (nom d'usage) : _____ Prénom : _____

Adresse (si différente de celle de l'élève) : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Signature : _____

Email : _____ @ _____

Père Autorité parentale : Oui Non

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse (si différente de celle de l'élève): _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone domicile : _____ Téléphone portable : _____

Téléphone travail : _____ Signature : _____

Email: _____ @ _____

Autre responsable légal (personne physique ou morale) Autorité parentale : Oui Non

Organisme : _____ Fonction : _____

Lien avec l'enfant : _____ Autorité parentale : Oui Non

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Téléphone portable : _____

Email: _____ @ _____ Signature : _____



**RENSEIGNEMENTS MEDICAUX OBLIGATOIRES
PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE**

Mère Père Autre responsable

AUTORISE le Directeur du Centre ou son Représentant à prendre toute décision concernant la sécurité de mon enfant, en particulier dans tous les cas nécessitant une hospitalisation avec intervention chirurgicale urgente

Le représentant légal déclare que l'apprenant : (cocher obligatoirement)	NON	OUI	Prescriptions médicales
Suit un traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nous fournir le protocole, la prescription médicale
Présente une maladie chronique ou spécifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Présente une allergie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
A une contre-indication au paracétamol .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fournir obligatoirement un <u>certificat médical de dispense de sport</u>
Présente une contre-indication à la pratique du SPORT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
En cas de handicap reconnu (COTOREP, CEDS...) ; préciser les coordonnées de la personne qui suit l'apprenant.....			

MEDECIN TRAITANT

Docteur
Adresse :
Téléphone :

AUTORISATIONS

DROIT A L'IMAGE

J'autorise Je n'autorise pas

toute photographie, film ou diffusion d'image, sur le site WEB et réseaux sociaux du CFA et de la Chambre de Métiers, dans le cadre des actions de l'établissement afin de promouvoir l'artisanat, le CFA, la Chambre des Métiers et le travail des apprenants.

AUTORISATION DE SORTIE des APPRENANTS

Absence d'un professeur, annulation de cours à partir de 15 h 30

En cas d'absence d'un professeur ou d'annulation de cours, les apprenants (majeurs et mineurs) de tous régimes (DP, interne, externe) doivent se rendre obligatoirement à la vie scolaire.

Les apprenants pourront quitter l'établissement après s'être signalés à la Vie Scolaire.

- J'autorise la sortie de l'établissement à 15 h 30
 Je n'autorise pas la sortie de l'établissement à 15 h 30

Aucun départ n'est autorisé avant 15 h 30.

Départ exceptionnel de l'établissement en journée ou en semaine :

En cas de départ exceptionnel, l'apprenant doit demander une autorisation au CPE et fournir un justificatif d'absence.

Les majeurs doivent signer une décharge au moment du départ.

Pour les mineurs, un responsable légal doit venir chercher l'apprenti(e) en vie scolaire et signer une décharge.

EN CAS D'ABSENCES

Envoi : à la Mère ou au Père ou Autre responsable

SMS Portable :

Email :@.....

Je (Nom prénom du représentant légal) _____ déclare avoir pris connaissance des conditions de libre circulation pour les apprenants, des différentes clauses et signaler tous changements modifiant les indications mentionnées sur cette fiche.

Date : _____ Signature : _____ Signature : _____

2022-2023

ENQUETE 51 ELEVE
Cette fiche est strictement confidentielle

Remplir la fiche

si vous êtes nouvel élève au CFA DES METIERS

ELEVE :

Numéro de l'identifiant national (INE) : (n° inscrit sur livret scolaire ou bulletin scolaire)

NOM : Prénom :

Date de Naissance :

Lieu de naissance : Nationalité :

(voir sur attestation sécurité sociale)

Adresse :

CP VILLE /

Tél :

CERTIFICAT DE FIN DE SCOLARITE - Obligatoire
(demander un certificat à l'établissement antérieur ou à faire compléter celui-ci)

DERNIER ETABLISSEMENT FREQUENTE : (avant l'entrée au CFA-DES METIERS)

Numéro de l'établissement (RNE ou UAI) : (obligatoire)

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code Postale Ville :

Tél :

Cachet et Signature

SCOLARITE ANTERIEURE (avant l'entrée au CFA DES METIERS)

Intitulé exacte de la dernière classe fréquentée :

.....

.....

Diplôme obtenu :

(Fournir le diplôme ou le relevé officiel de notes de l'examen)

Les informations ci-dessus sont utilisées dans le traitement de différentes enquêtes destinées au Ministère de l'Education Nationale, le Rectorat, le Conseil Régional d'Aquitaine. Ces informations sont strictement confidentielles.