

DOSSIER DE CANDIDATURE

SECTION CHOISIE : 1^{ère} BAC PRO Services Aux Personnes et Aux Territoires
Seconde Générale et Technologique

REGIME CHOISI : Interne 1/2 Pensionnaire

ELEVE

Code I.N.E. (obligatoire, à demander à l'établissement actuel) : _____

NOM : _____ PRENOM : _____

Né(e) le /__/__/__/ à _____ Nationalité : _____

ADRESSE : _____

_____ Téléphone : /__/__/__/__/__/

Mail de l'élève : _____ Portable de l'élève : /__/__/__/__/__/

Origine Scolaire : - Classe actuellement suivie : _____

- Option et sous-option : _____

- Etablissement (nom et adresse) : _____

PHOTO

FAMILLE

LE PERE :

Nom et Prénom du Père : _____

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

_____ Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Adresse mail : _____

Profession du Père : _____

LA MERE :

Nom et Prénom de la mère : _____

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

_____ Téléphone fixe : _____ Portable : _____

Adresse mail : _____

Profession de la Mère : _____

frères / sœurs au foyer : Prénom : _____ date de naissance : ____/____/____

Prénom : _____ date de naissance : ____/____/____

Prénom : _____ date de naissance : ____/____/____

Prénom : _____ date de naissance : ____/____/____

La MFR Tours Val de Loire confirmera l'inscription aux vues du dossier de candidature, de l'entretien de motivation avec l'élève, de la réception de la décision d'orientation favorable (à suivre la formation sollicitée) émise par l'établissement d'origine et du paiement des frais d'inscription.

Naturellement, cette inscription sera toujours conditionnée, le cas échéant, l'acceptation de la dérogation par les services de la DRAAF.

Les parents s'engagent alors à s'acquitter des frais de pension et de scolarité pour l'ensemble du cycle comme indiqués sur la fiche financière ci-jointe, la fiche d'engagement financier est à retourner avec le dossier d'inscription.

Fait à _____, le _____

Nom et signature d'un des parents ou tuteur,
(précédée de la mention "lu et approuvé") :

Signature de l'Elève,

ETUDES SUIVIES - DIPLOMES

Compléter ce tableau en remontant jusqu'à la classe actuelle (sans omettre d'indiquer les redoublements éventuels)

ANNEES SCOLAIRES	CLASSE SUIVIE	ETABLISSEMENT FREQUENTE	DIPLOME OBTENU
2016-2017			
2015-2016			
2014-2015			

ACTIVITES PROFESSIONNELLES ET/OU STAGES

Avez-vous effectué des stages en entreprise ?

OUI NON

SI OUI :

SECTEURS	DUREES

MOTIVATION PERSONNELLE POUR LA FORMATION

Pour quelles raisons avez-vous choisi de suivre cette formation ?

Quel type d'emploi envisagez-vous après la formation ?

Pour quelles raisons ?

DROIT A L'IMAGE

Monsieur / Madame (Parent ou Tuteur) :

représentant légal de l'élève (Nom Prénom)

autorise l'établissement « MFR TOURS VAL DE LOIRE à Tours » à :

- faire le portrait (sous forme numérique) de mon enfant ;
- stocker cette image durant tout le temps de sa scolarité, sur le serveur de l'établissement ;
- diffuser cette image dans le cadre d'un trombinoscope, numérique ou imprimé, à des seules fins pédagogiques.

A (ville) Le (date)

(Signature)

**AUTORISATION DE SORTIE A TITRE EXCEPTIONNELLE
ANNEE 2017/2018**

Je soussigné autorise l'élève

(Nom – prénom)

à sortir de l'établissement en cas de force majeure après accord du chef d'établissement ou de son représentant

(document à remplir impérativement au secrétariat).

Je dégage ainsi de toutes responsabilités la MFR.

A (ville) Le (date)

(signature)

**PIECES NECESSAIRES
A LA CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER DE CANDIDATURE**

- ❑ 1 copie des Bulletins de notes des deux années scolaires précédentes :
Soit de 4^{ème} et 3^{ème},
soit de la classe de 1^{ère} ou Seconde,
soit 1^{ère} et Terminale du Baccalauréat,
- ❑ 1 Photocopie du dernier diplôme
- ❑ 1 photocopie du relevé de notes du dernier examen
- ❑ Le chèque de frais d'inscription de 80 euros à l'ordre de la MFR Tours Val de Loire
- ❑ La fiche d'engagement financier
- ❑ 1 photo d'identité à coller sur le dossier
- ❑ 1 Photocopie de la carte nationale d'identité recto-verso
- ❑ 1 certificat médical attestant que vous êtes apte à la vie en collectivité
- ❑ L'attestation d'appel à la défense ou attestation de recensement
- ❑ 1 copie de votre carnet de santé précisant que vos vaccinations sont à jour
- ❑ 1 copie de l'attestation de sécurité sociale (attestation carte vitale) sur laquelle vous figurez (celle de vos parents)
- ❑ 1 copie de l'attestation de carte CMU (si vous en avez une)
- ❑ 1 certificat médical d'inaptitude au sport (si nécessaire)

FICHE MEDICALE

NOM et PRENOM DE L'ELEVE : _____

Né(e) le /__/__/__/ à _____

NOM DU RESPONSABLE LEGAL : _____

EN CAS D'URGENCE OU D'ACCIDENT :

- Lieu où l'élève peut être transporté :

* Hôpital Nom : _____
* Clinique Nom : _____

- Numéro de téléphone d'urgence où l'on peut vous joindre :

* votre domicile : _____ /__/__/__/__/__/

* votre travail :

. Père : Nom de l'entreprise _____ Tél /__/__/__/__/__/

. Mère : Nom de l'entreprise _____ Tél /__/__/__/__/__/

* un voisin : Nom : _____ Tél /__/__/__/__/__/
Adresse : _____

AUTORISATION :

J'autorise la Direction de la MFR Tours Val de Loire à prendre toutes décisions jugées urgentes par le Médecin concernant la santé de mon fils/fille.

Fait à _____

Nom : _____

Signature :

CONFIDENTIEL :

Renseignements ou traitements concernant la santé de votre enfant :

Allergies :

L'élève bénéficie t'il d'un projet d'accueil individualisé (PAI) concernant un régime alimentaire en particulier (fournir l'ordonnance)

Oui Non

Groupe sanguin : _____

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE (1)

Je soussigné, docteur en médecine :

Lieu d'exercice :

Certifie avoir examiné l'élève (nom et prénom) :

Né(e) le et constaté, ce jour, que son état de santé entraîne :

- une inaptitude partielle / totale (2)

du au (3)

En cas d'inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élèves, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée :

- à des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture...)
- à des types d'effort (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire...)
- à la capacité à l'effort (intensité, durée...)
- à des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques...), etc

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Date, signature
Et cachet du médecin,

(1) Le médecin de santé scolaire sera destinataire de tout certificat d'inaptitude d'une durée supérieure à trois mois.
(2) En cas d'inaptitude totale, le certificat peut être établi sur papier à en tête du médecin.
(3) En cas de non-production d'un nouveau certificat, l'élève sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'éducation physique et sportive.

FICHE FINANCIERE

ELEVE : NOM : _____ Prénom : _____

SECTION CHOISIE : 1^{ère} BAC PRO Services A la Personnes et aux territoires
Seconde Générale et technologique

COUT ANNUEL DE LA FORMATION :

	BAC PRO	Seconde Générale et Technologique
Frais d'inscription	80,00	80,00
Scolarité (forfait annuel)	954,00	954,00
Forfait photocopies	31,00	31,00
Pension	1 310,00	1 310,00
Demi-pension	799,00	799,00
TOTAL FACTURE ANNUELLE Demi-pensionnaire	1 864,00	1 864,00
TOTAL FACTURE ANNUELLE Pensionnaire	2 375,00	2 375,00

Fait à _____ le _____

**Signature des parents,
(précédée de la mention « Lu et Approuvé»)**

 Pour faire une évaluation de bourse, connectez-vous : www.simulbourses.educagri.fr