Indice	date
C	11/04/2023

CULTIVONS LES RÉUSSITES

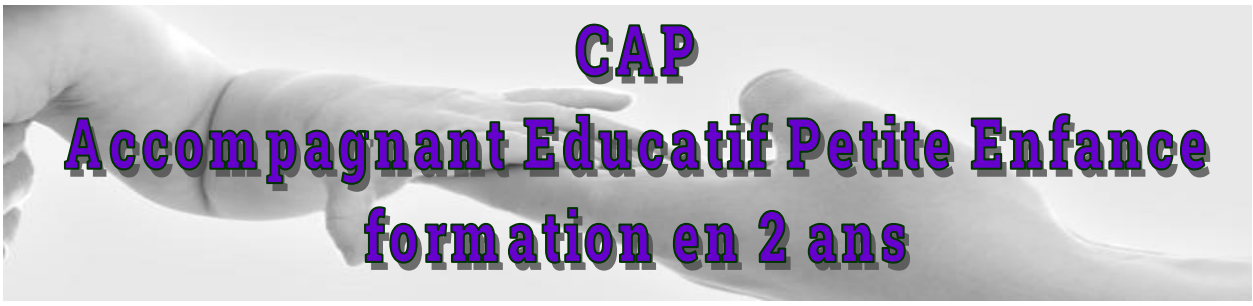
MFR-BEL ASPECT

Centre de formation – CFA

306, chemin de Bel Aspect – 81600 GAILLAC
05 63 81 21 50 – mfr.gaillac@mfr.asso.fr
www.mfr-gaillac.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire 2023 / 2024



Apprentissage ☐
Financement individuel ☐

Photo

Nom et prénom du candidat :

.....

.....

Votre situation actuelle :

Dernier diplôme obtenu : .....

Régime souhaité : Demi-pension ❑ Externe ❑

Interne : Chambre de 4 ❑

Le changement de régime ne pourra se faire qu'à la fin chaque trimestre (1er janvier ou 1er avril)

Dossier Suivi par Karine HENRIET

RENSEIGNEMENTS

Nom et prénom : .....

Sexe F ❑ M ❑ Nationalité : .....

Si vous êtes né(e) hors de France, mentionnez le pays d'origine :.....

Date ET lieu de naissance : .....

Célibataire ❑ Marié(e) ❑ Divorcé(e)-Séparé (e) ❑ Vie maritale ❑ Pacsé(e) ❑

Nombre d'enfants à charge : .....

Adresse : .....
CP : ..... Ville : ....

	Inscrit	Responsable légal
Tél fixe		
Tél portable		
Adresse mail		

Possédez-vous le permis de conduire ? oui ❑ non ❑

Nom, Prénom et Coordonnées d'une personne à contacter en cas d'urgence :

.....

.....

.....

PARCOURS SCOLAIRE

Diplôme obtenu	Date d'obtention

REGIME D'ASSURANCE SOCIALE

A quel régime êtes-vous inscrit ?

Sécurité Sociale ❑

Mutualité Sociale Agricole ❑

Autre Régime : ❑ Précisez :.....

Vous êtes affilié(e) à titre personnel : ❑

Vous êtes affilié(e) à titre d'ayant droit : ❑

Je ne suis affilié(e) à aucun régime : ❑

Numéro S.S ou M.S.A. : ....

Adresse : ....

VOS EXPERIENCES DANS LE DOMAINE DE LA PETITE ENFANCE

Notez tous les emplois occupés, y compris apprentissage, CES, CEC, CIE, CAE etc. et les emplois saisonniers, ainsi que les stages effectués dans le secteur de la petite enfance (crèche, école,…)

Nom et adresse employeur	Date et durée	Nature du poste occupé

Votre projet :

Expliquez en quelques lignes les raisons qui vous motivent pour entreprendre cette formation en 2 ans.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e) .....
sollicite auprès de la MFR de Bel Aspect, mon admission en formation CAP Accompagnant Educatif Petite Enfance en 2 ans.

Fait à : ..... Le : .....

Signature du candidat :

Veuillez joindre à ce dossier d'admission, les pièces suivantes :

- Copie de la carte d'identité et du livret de famille
- Photocopies de vos diplômes
- 6 enveloppes timbrées autocollantes vierges
- 2 photos d'identité
- certificat médical attestant l'aptitude du candidat à effectuer les études choisies
- photocopie du certificat de vaccinations (à jour)
- la fiche santé ci-jointe au dossier d'inscription
- 1 chèque de 30 € pour les frais d'adhésion à l'association
- 1 chèque de 55 € pour les frais annexes à la pédagogie (sauf pour les apprentis)
- 1 chèque de 35 € pour les frais de dossier (sauf pour les apprentis)
- attestation de Sécurité Sociale personnelle ou ayant droit (pas de carte vitale)
- attestation d'assurance responsabilité civile année scolaire 2023-2024 mentionnant les coordonnées de l'apprenant
- 1 RIB et l'autorisation de prélèvement complétée et signée si vous souhaitez le prélèvement automatique pour le coût de la formation et la pension ou demi-pensionnaire
- Photocopie du certificat de participation à la Journée de la défense et la citoyenneté (si déjà effectuée) ou attestation de recensement

Indice	date
C	11/04/2023

Référence Unique du Mandat

MANDAT de Prélèvement SEPA

MFR BEL ASPECT
306 Chemin de Bel Aspect 81600
GAILLAC
05 63 81 21 50

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) MAISON FAMILIALE RURALE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MAISON FAMILIALE RURALE.

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.

Veuillez compléter les champs marqués *

Votre Nom	*	Nom / Prénoms du débiteur	1
Votre adresse	*	Numéro et nom de la rue	2
	*	Code Postal * Ville	3
	*	Pays	4
Les coordonnées de votre compte	*	Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)	5
	*	Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier code)	6
Nom du créancier	*	M A I S O N F A M I L I A L E R U R A L E B E L A S P E C T Nom du créancier	7
I.C.S	*	F R 7 6 1 1 2 0 6 2 0 0 0 4 1 3 8 0 0 8 4 1 0 0 0 7 6 Identifiant Créancier SEPA	8
	*	3 0 6 C H E M I N D E B E L A S P E C T Numéro et nom de la rue	9
	*	8 1 6 0 0 * G A I L A C Code Postal Ville	10
	*	F R A N C E Pays	11
Type de paiement :	*	Paiement récurrent / répétitif X Paiement ponctuel	12
Signé à	*	Lieu 2 Date	13
Signature(s) :	*	Veuillez signer ici	

Note:Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur	Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque	14
Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)	Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre {*NOM DU* Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.	15
	Code identifiant du tiers débiteur	16
	Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements	17
	Code identifiant du tiers créancier	18
Contrat concerné	Numéro d'identification du contrat	19
	Description du contrat	20

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 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à :	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

FICHE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) M / Mme..... apprenant en classe de CAP Accompagnant Educatif Petite Enfance,

représentant légal (pour les mineurs) M / Mme.....

autorise à être photographié(e), filmé(e), enregistré(e) durant toute la durée de ma formation dans l'enceinte de la MFR Bel Aspect ❒ oui ❒ non

dans nos diffusions extérieures à la MFR Bel Aspect ❒ oui ❒ non

- Site : www.mfr-gaillac.fr ❒ oui ❒ non
- Facebook « MFR BEL ASPECT », Page Officielle (vous permet de pouvoir suivre l'actualité des jeunes et apprenants sur des actions, événements et sur la vie résidentielle) ❒ oui ❒ non
- Presse (articles sur des actions, voyages, événements…) ❒ oui ❒ non

Fait le .....

Signature de l'apprenant

Signature du représentant légal

Fiche d'informations relatives à la santé et aux modalités de la scolarité

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement destiné à la MFR BEL ASPECT dans le but d'accueillir en formation vous ou votre enfant. Ces informations sont susceptibles d'être transmises aux membres de l'équipe de la MFR.
RGPD : Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la MFR BEL ASPECT. dans le but de gestion administrative et financière de la formation. Elles seront conservées durant 5 ans et sont destinées au suivi des apprenants (élèves-stagiaires) de la formation initiale/continue.
Conformément aux lois « Informatique & Liberté » et « RGPD », vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification ou d'opposition en contactant le secrétariat de la formation initiale/continue de la MFR BEL ASPECT : tel 05.63.81.21.50 ou par mail mfr.gaillac@mfr.asso.fr.

❑ Je certifie avoir bien pris en compte les informations sur le RGPD.

Je soussigné(e), NOM et Prénom : .....

Agissant en qualité de représentant légal de l'élève (Nom et Prénom) :
.....

Scolarisé(e) en classe de : .....

➢ Vous informe que mon enfant a bénéficié par le passé des dispositifs suivants :

O P.A.I. O P.A.P. O Aménagement d'épreuves O Dispense EPS
O Reconnaissance MDPH : ☐ Aide Humaine (A.V.S.)
☐ Aide matérielle
☐ Scolarisation adaptée : ULIS / SEGPA (à entourer).
☐ Autre Préciser : .....
☐ Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)

O <u>Aucun de ces dispositifs</u>

➢ Souhaite que les mesures soient reconduites :

☐ Oui ⚠ Fournir les justificatifs nécessaires ☐ Non

➢ Vous informe que mon enfant présente des troubles de l'apprentissage :

O Dysorthographie O Dyspraxie O Trouble de l'attention (TDA/H)
O Dysphasie O Dyscalculie O Dyslexie O Aucun

Autres lesquels : _____
Si vous refusez que les informations relatives aux troubles des apprentissages (ou autres situations pouvant entraîner des aménagements particuliers lors des sessions de formation en entreprise) soient communiquées aux Maîtres de stage par les membres de l'équipe chargés du suivi en stage, merci de cocher la case suivante. ☐

Tournez SVP →

➢ Demande un aménagement d'épreuves pour l'examen du (aucune demande ne sera traitée sans justificatifs)

- ○ DNB – Série professionnelle
- ○ CAP .....
- ○ Bac Pro .....
- ○ BP .....
- ○ BTS .....

➢ Je ne demande aucun aménagement d'épreuves à l'examen ☒

➢ J'autorise la MFR à informer le maître de stage ou d'apprentissage de la situation de santé ou d'handicap de mon jeune ☒

Fait à .....,
Le .....
Signature des parents,

Mention manuscrite « lu et approuvé »

Joindre impérativement les justificatifs (à agrafer à cette fiche de renseignements) :

PAI : ordonnance(s) à jour ET protocole d'urgence (le cas échéant), trousse médicale. Veillez à vérifier la date de péremption des médicaments : ils doivent couvrir l'intégralité de la période de formation ou être renouvelés par vos soins le cas échéant.

PAP : PAP en cours précédemment. A défaut, des bilans (ou leurs conclusions) réalisés par des professionnels spécialisés.

Reconnaissance MDPH : notification MDPH en cours de validité, notamment si aide humaine ou matérielle nécessaire. PPS établi par la MDPH ou GEVA_SCO de la dernière ESS.

Demande d'aménagement d'épreuves : voir dossier administratif.

Indice	date
C	11/04/2023

MFR-BEL ASPECT
Centre de formation – CFA

306, chemin de Bel Aspect – 81600 GAILLAC
05 63 81 21 50 – mfr.gaillac@mfr.asso.fr
www.mfr-gaillac.fr

Accord de principe d'un employeur
Uniquement pour les apprentis

L'apprenti (e)

Nom : ..... Prénom : .....
Adresse : .....
.....
Téléphone : ..... Portable : .....

Pour les mineurs :

Responsable légal : .....
Adresse : .....
.....
Téléphone : ..... Portable : .....

L'entreprise adhérente

Identification de la structure

Nom : .....
Adresse : .....
.....
Téléphone : .....
Nature (ex : crèche, école…) : .....
Statut juridique : ☐ Public ☐ Privé

Personne rencontrée **:**

Nom : .....
Fonction : .....

Signature : Cachet de la structure :