

INSCRIPTION 2021-2022 - CLASSE DEMANDÉE :

- PAR ALTERNANCE

En signant ce présent document, vous vous engagez à avoir pris connaissance de la documentation pour inscription définitive disponible sur www.lasalle42.fr (onglet Campus) ainsi que du livret d'accueil de l'organisme de formation.

ALTERNANT (E)

NOM : **PRENOM :**
SEXE : **DATE DE NAISSANCE :** **Commune de naissance :**
Département de naissance : **Pays de naissance** **Nationalité**

ETUDES ANTERIEURES

Année scolaire	Classe suivie	Etablissement scolaire fréquenté
2020-2021		
2019-2020		

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES RESPONSABLES DE L'ALTERNANT(E) ET LA FAMILLE

Père et mère responsables légaux séparés**

Garde alternée OUI NON – Si Non, le parent chez qui vit l'alternant(e) :

RESPONSABLE 1 : LIEN_PARENTE

Marié Pacsé Vie maritale Remarié
 Séparés Divorcés Veuf

RESPONSABLE 2 : LIEN2_PARENTE

Marié Pacsé Vie maritale Remarié
 Séparés Divorcés Veuf

Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél domicile :	Tél domicile :
Portable du responsable 1 :	Portable du responsable 2 :
Mail :	Mail :
Profession :	Profession :
Société :	Société :
Téléphone pro :	Téléphone pro :

**** Dans tous les cas de séparation, préciser ci-dessous les nom et prénom du conjoint avec lequel vit le responsable de l'alternant(e)**

	Adresse du responsable 2 si différente :
	Tél domicile :
Nom et prénom du conjoint du responsable 1 :	Nom et prénom du conjoint du responsable 2 :
Tél portable du conjoint du responsable 1 :	Tél portable du conjoint du responsable 2 :
Profession :	Profession :
Société :	Société :
Téléphone pro :	Téléphone pro :

Nb d'enfants à charge :	
Nb d'enfants déjà scolarisés dans l'ensemble scolaire La Salle Saint Etienne	

RESTAURATION (A CONFIRMER COURANT SEPTEMBRE)

Externe <input type="checkbox"/>	Forfait 2 jours DP2 <input type="checkbox"/>	Forfait 3 jours DP3 <input type="checkbox"/>	Forfait 4/5 jours DP4/5 <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--	--	--

INFORMATIONS SPECIFIQUES

Observations particulières concernant l'état de santé de l'alternant (allergies, diabète, asthme, etc...) :

PAI PPRE PAP AVSI Dossier MDPH : en cours déjà instruit

- Suivi psychologique : nom, adresse, téléphone du psychologue :
- Suivi orthophonique : nom, adresse, téléphone de l'orthophoniste.....
- Suivi par un éducateur(trice) : nom, adresse, téléphone
- Suivi psychomoteur : nom, adresse, téléphone
- Suivi orthoptiste : nom, adresse, téléphone

J'AUTORISE l'établissement à entrer en contact avec ces professionnels

JE N'AUTORISE PAS l'établissement à entrer en contact avec ces professionnels

DROIT A L'IMAGE

L'alternant(e)----- **AUTORISE** OUI NON

L'Ensemble Scolaire La Salle Saint-Etienne, désigné par l'Établissement, à le/la photographe (filmer, enregistrer interviewer) puis à reproduire et diffuser ces photographies (films, enregistrements, interviews, etc.) sur les supports suivants :

- Presse : les journaux produits par les élèves, les articles de presse se rapportant à l'ensemble scolaire
- La plaquette de l'établissement, photos de classes, encarts, affiches
- Audio, vidéo, télévision
- Sites Internet et Intranet du réseau, tels sites des établissements
- Tout support numérique à destination des familles des élèves, du personnel de l'établissement
- Représentation sur grand écran de toutes manifestations sportives, scolaires, culturelles, religieuses, pédagogiques.

Je suis informé(e) que cette prestation et déclaration ne pourront donner lieu à aucune rémunération.

Cette autorisation est donnée pour la durée de la scolarité dans l'ensemble scolaire La Salle et à compter de la signature de la présente.

Si alternant(e) mineur(e), les parents devront également signer le droit à l'image :

Père – mère - parent(s) de l'alternant(e) M. Mme ----- **AUTORISENT** OUI NON

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel concernant votre (vos) enfant(s) et faisant l'objet de traitements sous la responsabilité du chef d'établissement.

AUTORISATION D'URGENCE ET DELEGATION DE POUVOIR

L'alternant(e)----- **J'AUTORISE** OUI NON

le chef d'établissement ou la personne ayant délégation à prendre en cas d'urgence toute décision de transport, d'hospitalisation ou d'intervention clinique jugée indispensable et urgente concernant mon état de santé.

Si alternant(e) mineur(e), les parents devront également signer l'autorisation d'urgence et délégation de pouvoir :

Père – mère - parent(s) de l'alternant(e) M. Mme ----- **AUTORISENT** OUI NON