



CAMPUS
LASALLE
SAINT-ÉTIENNE

CFA
ORGANISME
DE FORMATION

Cadre réservé à l'administration

N° du dossier :

Date de réception :

Dossier d'inscription formation par Alternance année 2022/2023

Classe demandée : _____

Entrée en classe de 1^{ère} année 2^{ème} année

CANDIDAT

NOM : _____ PRENOM : _____

SEXE : Masculin Féminin

DATE DE NAISSANCE : _____ - Commune de naissance : _____

Département de naissance : _____ - Pays de naissance : _____

Nationalité : _____

N° Sécurité Sociale (15 chiffres) : _____

N° Identifiant National – INE ou BEA : _____

Adresse : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : Domicile : _____ Portable : _____

Courriel : _____ @ _____

Etes vous bénéficiaire d'une RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) ?

Oui Non

Avez-vous une autre situation de handicap à nous signaler :

Oui Non Si oui laquelle :

Permis voiture Oui Non en cours Si oui, véhicule personnel Oui Non

Avez-vous déjà une entreprise d'accueil ? Oui Non

Si oui, laquelle : _____

Mobilité géographique pour la recherche d'entreprise (départements ou régions)

PARENTS OU REPRESENTANTS PRINCIPAUX**Représentants Légaux** Père et Mère Père Mère Candidat lui-même Tuteur(trice) Autre : _____**Situation Familiale** Mariés Concubins Divorcés Séparés Célibataire Veuf(ve)**RESPONSABLE 1 :** _____**RESPONSABLE 2 :** _____

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

_____Adresse du Responsable 2 si différente :

Tél domicile : _____

Tél domicile : _____

Portable du responsable 1 :
_____Portable du responsable 2 :
_____Mail :
_____Mail :
_____Profession :
_____Profession :
_____Société :
_____Société :
_____Téléphone pro :
_____Téléphone pro :
_____**SITUATION DU CANDIDAT 2021 - 2022**Classe suivie actuellement ou situation du candidat non scolarisé :
_____Nom et adresse de l'établissement actuel :

Dernier diplôme obtenu : _____

ETUDES ANTERIEURES

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

APPRENTISSAGEAvez-vous déjà eu un contrat
d'apprentissage NON Oui

En quelle année : _____

INFORMATIONS SPECIFIQUES

Observations particulières concernant l'état de santé de l'alternant(e) (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

.....

DROIT A L'IMAGE

L'ALTERNANT.E (ou son représentant légal pour les mineurs)

AUTORISE OUI NON

L'Ensemble Scolaire La Salle Saint Etienne, désigné par l'Établissement, à le/la photographier (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.

Nous sommes informés 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.

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

Autorisons 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 l'état de santé de l'alternant.

AUTORISATION OUI NON

ATTESTATION pour les alternants mineurs

Je soussigné(e) _____
agissant en qualité de Père, Mère ou Tuteur de l'alternant.e _____
sollicite son inscription au CFA LASALLE ST ETIENNE. Après avoir pris connaissance du contenu de la formation, ainsi
que du livret d'accueil de l'organisme de formation (tous deux disponible sur www.lasalle42.fr), je déclare
l'approuver dans son esprit et vouloir m'y conformer.

A _____ le _____

Signature du candidat

signature des parents ou du représentant légal

ATTESTATION pour les alternants majeurs

Je soussigné(e) _____
sollicite mon inscription au CFA LASALLE ST ETIENNE. Après avoir pris connaissance du contenu de la formation,
ainsi que du livret d'accueil de l'organisme de formation (tous deux disponibles sur www.lasalle42.fr), je déclare
l'approuver dans son esprit et vouloir m'y conformer.

A _____ le _____

Signature du candidat