

DEMANDE D'INSCRIPTION RENTREE 2024**BP Aménagements Paysagers****APPRENTISSAGE**Photo
d'identité
A COLLER 1^{ère} année 2^{ème} année

NOM : _____ Prénoms : _____

Né(e) le : ___ / ___ / ___ à _____ Sexe M F

Nationalité _____ Départ. Naissance : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Numéro téléphone portable _____ / _____ / _____ / _____

E-mail : _____ @ _____

Code I.N.E (sur bulletin scolaire) : _____

N° Sécurité Sociale de l'étudiant : _____

PIECES OBLIGATOIRES

- Curriculum Vitae
 - Relevés de notes du dernier diplôme obtenu
 - Copies diplômes obtenus et/ou attestations de formation
 - Relevé de carrière
 - Copie JDC
 - Contrat d'apprentissage
 - Pièce d'identité
 - Adhésion association
- Chèque de 40 €
à l'ordre de la MFR de St-Grégoire
(Apprentis + FC facultatif)

REGIME CHOISI : Interne Demi-pensionnaire ExterneRESPONSABLE FINANCIER PERE mère Tuteur L'étudiant lui-même Autre

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP / Commune : _____

Tél. Domicile _____ Tél. Portable _____

Profession : _____ Tél. Travail _____

Courriel : _____ @ _____

AUTRE RESPONSABLE PERE mère Tuteur L'étudiant lui-même Autre

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP / Commune : _____

Tél. Domicile _____ Tél. Portable _____

Profession : _____ Tél. Travail _____

Courriel : _____ @ _____

POSITIONNEMENT PREALABLE A L'ENTREE EN FORMATION

Qu'attendez-vous de la formation ?

Concernant votre niveau actuel dans le domaine de la formation suivie ?

	1	2	3	4	5	
Niveau faible	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Niveau élevé

Concernant vos compétences digitales ?

	1	2	3	4	5	
Très limitées ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	très larges !

Equipement et matériels informatiques

Ordinateur Imprimante Logiciel de traitement de texte Connexion internet

Concernant votre capacité à travailler en équipe ?

	1	2	3	4	5	
Je travaille constamment seul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Je travaille toujours en équipe

Concernant votre capacité à travailler en autonomie ?

	1	2	3	4	5	
0% Autonome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	100% Autonome

« Les données personnelles recueillies via ce formulaire servent à préparer votre future inscription à la Maison Familiale et Rurale de St-Grégoire. La base légale de ce traitement est l'article 6.1° du règlement sur la protection des données (mission d'intérêt public). Les données sont exploitées par les services administratifs et pédagogiques de l'établissement. Elles peuvent être communiquées aux Services de l'Etat concernés (Ministère de l'Agriculture, de l'Education Nationale, DRAAF...). Elles sont conservées opérationnelles durant toute la date de la préinscription, puis de la scolarité de l'élève et archivées pour répondre aux obligations légales de l'Etablissement. Vous disposez du droit de demander au responsable du traitement (La Directrice de la Maison Familiale Rurale de Saint-Grégoire – 14, Les Rabinardières, 35760 ST-GRÉGOIRE - Tél : 02.99.68.81.11 – Mail : mfr.st-gregoire@mfr.asso.fr) l'accès aux données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, ou une limitation du traitement relatif à la personne concernée, ou du droit de s'opposer au traitement et du droit à la portabilité des données, sauf incompatibilité avec la Mission d'Intérêt Général de la Maison Familiale Rurale de St-Grégoire, et au contrat de scolarité entre vous-même, votre enfant et l'établissement.

Accueil d'adultes à besoins spécifiques nécessitant des adaptations

Etes-vous concerné : oui non

Rencontre-vous l'une des difficultés suivantes ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Motrice (ex. : déplacement, posture...) | <input type="checkbox"/> Auditive |
| <input type="checkbox"/> Visuelle (mauvaise vue après correction...) | <input type="checkbox"/> Invalidante (ex. : diabète, épilepsie, asthme...) |
| <input type="checkbox"/> Cognitive (ex. : troubles « dys » ...) | <input type="checkbox"/> Autre difficulté : _____ |

Précisez : _____

Adaptations pédagogiques nécessaires : *Modalités pédagogiques (contenus, supports, outils...), rythmes et temps de formation, tiers temps, aménagement des locaux, placement du jeune dans la classe, aide à la prise de note etc...*

Précisez : _____

Avez-vous bénéficié de :

Reconnaissance MDPH	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non
Reconnaissance RQTH	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> Non

Aptitude à la pratique du sport : OUI NON (si dispensé(e), fournir un certificat médical)

Régime alimentaire particulier : fournir un certificat médical _____

SIGNATURES

Je certifie exact les renseignements fournis et déclare avoir pris connaissance des instructions jointes.

Fait à _____ le _____

Signature responsables légaux

Signature du candidat

Cadre réservé à l'administration

ADMISSION EN FORMATION

AVIS DU CHEF D'ETABLISSEMENT

- Favorable Défavorable Liste d'attente (n° _____)

OBSERVATIONS

DECISION COMMUNIQUEE A L'ETUDIANT - Date : _____