

AUTORISATIONS 2015/2016

Je soussigné(e), agissant en qualité de
de l'élève autorise :

- Mon fils/ma fille à participer aux sorties organisées par la Maison Familiale Rurale de Liernais.
- L'utilisation des photos ou vidéos dans le cadre de la communication sur lesquelles l'élève figure.

Fait à le
Signature du responsable légal :

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER :

- Photocopie de la carte d'identité de l'élève recto-verso (en cours de validité) *OBLIGATOIRE pour se présenter à l'examen (faire une demande en mairie si besoin)*
- 1 photo d'identité récente de l'élève
- Photocopie des bulletins de notes (année 2013/2014 et 2014/2015)
- Photocopie du livret de famille complet *C'est-à-dire parents et tous les enfants*
- Photocopie du carnet de vaccination à jour *OBLIGATOIRE*
- 1 carnet de 6 timbres (tarif en vigueur)
- RIB *Si prélèvement*
- Avis d'imposition 2014 sur revenus 2013 *Si demande de bourses nationales*
- Extrait de jugement de divorce ou de séparation complet *Si cela est votre cas*
- Attestation carte vitale (MSA ou SS ou CMU)
- Attestation d'assurance scolaire ou de responsabilité civile pour l'année scolaire 2015/2016
- Certificat de participation à la journée d'appel de l'armée *Dès l'âge de 16 ans vous devez faire la demande auprès de votre mairie*
Faire la demande auprès de votre mairie
- Attestation de recensement
- Certificat de fin de scolarité ou EXEAT

DOCUMENTS FOURNIS AVEC LE DOSSIER A COMPLETER :

- Contrat financier (2 exemplaires) à remplir et signer *1 exemplaire à joindre au dossier*
1 exemplaire à garder
- Certificat médical rempli par le médecin
- Fiche « lieux de stage » *OBLIGATOIRE*
- Un règlement de 100.00 € correspondant à la cotisation de l'année 2015/2016
- Fiche navette
- Conventions remplies et signées par le responsable légal et l'élève
- Autorisation de sortie superette et autorisation de fumer



MAISON FAMILIALE RURALE DE LIERNAIS
Formation par Alternance

DOSSIER D'INSCRIPTION 2015 / 2016 - CLASSE DE 4-3ème

- Classe :**
 4^{ème}
 3^{ème}

NOM et Prénom (s) de l'élève : (notez les 2 premiers prénoms)

N° INE: demandez à votre établissement scolaire..... Nationalité :.....

N° Sécurité Sociale :

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| Lieu de naissance :

Adresse :

Code Postal : |_|_|_|_|_|_|_| Commune :

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Régime : Interne (Obligatoire pour les 4^{ème} / 3^{ème})

ETABLISSEMENT FREQUENTE EN 2013/2014	CLASSE ET NIVEAU

ETABLISSEMENT FREQUENTE EN 2014/2015	CLASSE ET NIVEAU

LA FAMILLE

Situation Familiale : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) veuf (ve) Vie maritale autres
(cocher le responsable de famille)

	PERE <input type="checkbox"/>	MERE <input type="checkbox"/>	TUTEUR <input type="checkbox"/>
Nom et Prénom			
Profession			
Téléphone			
Employeur	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _

Nom - Prénoms des enfants à charges	Date de Naissance	Classe et établissement fréquenté

Je soussigné(e)certifie sur l'honneur l'exactitude des déclarations portées sur ce dossier, adhère à l'association de la Maison Familiale Rurale de Liernais.

Fait à le **Signature du représentant légal**

DOSSIER MEDICAL

NOM : **Prénom :**
Né(e) le

Adresse
Téléphone

VACCINATIONS OBLIGATOIRES :

Joindre une photocopie de l'état des vaccinations figurant sur le carnet de santé ainsi qu'un certificat médical de non contagion.

GROUPE SANGUIN : Groupe : Rhésus :

Antécédents (souligner les maladies déjà contractées)

Rougeole	Scarlatine	Varicelle	Rubéole
Coqueluche	Diphtérie	Oreillons	Typhoïde
Bronchite	Asthme	Tétanie	Diabète

Autres (à préciser) :

Interventions
chirurgicales :

Contre-indications
médicales éventuelles :

Allergies : OUI NON Préciser :

Observations
particulières :
Etat de santé, régime, traitement : (ordonnance obligatoire) :

Activités sportives OUI NON
contre-indiquées

Joindre obligatoirement un certificat médical précisant la ou les activités sportives contre-indiquées et la durée.

Troubles scolaires OUI NON

Dyslexie
 Dysorthographe
 Comportement
 autre

(joindre
IMPERATIVEMENT la
copie des documents
faisant référence à ce
trouble).

EN CAS D'ACCIDENT prévenir :

NOM : Téléphone :

NOM : Téléphone :

Nom et téléphone de l'employeur du parent ou représentant légal à prévenir en cas d'urgence :
.....

Nom du médecin de famille :

Téléphone :

Lieu d'hospitalisation prioritaire :

DELEGATION DE POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e),
agissant en qualité de de l'élève
et demeurant à l'adresse indiqué ci-dessus, autorise Monsieur le Directeur de la MFR de Liernais
ou en son absence, la personne ayant reçu délégation, à prendre, en cas d'urgence, toutes les
mesures jugées indispensables par le médecin consulté, en raison de l'état de santé de mon
enfant.

Fait à le

Signature du responsable légal :