

## Renseignement Famille

### REPRESENTANT LEGAL DE L'ELEVE :

PERE et MERE     PERE     MERE     AUTRE (préciser) : .....

	Père	Mère
Nom		
Prénom		
Situation familiale		
Adresse exacte		
Téléphone domicile		
Téléphone portable		
Adresse mail		
Téléphone professionnel		
Profession		

Merci de compléter entièrement ce tableau.

**Suivi éducatif :**     Oui     Non

Nom et coordonnées de l'éducateur, psychologue ou de l'établissement en charge du jeune :

.....  
 .....

## Frères / Soeurs

NOM et Prénoms	Sexe	Date de naissance



- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 4 <sup>ème</sup> | <input type="checkbox"/> CAP 1 Fleuriste |
| <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> | <input type="checkbox"/> CAP 2 Fleuriste |
| <input type="checkbox"/> 2 <sup>nde</sup> | <input type="checkbox"/> CAP 1 EPC       |
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup> | <input type="checkbox"/> CAP 2 EPC       |
| <input type="checkbox"/> Terminale        | <input type="checkbox"/> B.T.S.A         |

## DOSSIER D'INSCRIPTION

### Année scolaire 2025 – 2026

Nom de l'élève : .....

Prénoms : .....

Né(e) le : ..... à : ..... Dépt : .....

Nationalité : .....

Adresse de l'élève : .....

.....

CP ..... VILLE .....

Tél portable élève : ..... Mail élève : ..... @.....

PHOTO  
A coller

REGIME :     INTERNE     ½ PENSIONNAIRE

## Parcours scolaire

Années scolaires	Classes	Etablissements Nom-ville-département	Diplôme obtenu
2023 / 2024			
2022 / 2023			

## Candidats en situation de handicap

Votre enfant est-il en situation de handicap ?     Oui\*     Non

\*Si votre enfant est en situation de handicap, vous pouvez faire une demande d'aménagement d'épreuves pour les examens.

Les justificatifs doivent être joints lors de l'inscription.

- |                                     |  |                              |
|-------------------------------------|--|------------------------------|
| Avez-vous une reconnaissance MDPH ? | <input type="checkbox"/> Oui (joindre la notification) | <input type="checkbox"/> Non |
| Un PPS a-t-il été mis en place ?    | <input type="checkbox"/> Oui (joindre la notification) | <input type="checkbox"/> Non |
| Un PPRE a-t-il été mis en place ?   | <input type="checkbox"/> Oui                           | <input type="checkbox"/> Non |
| Un PAP a-t-il été mis en place ?    | <input type="checkbox"/> Oui (joindre la notification) | <input type="checkbox"/> Non |

## Bourses (uniquement pour les élèves en formation scolaire)

La famille fera-t-elle une demande de bourses ?  Oui\* (dossier à retirer au secrétariat)  Non

Les apprentis ne sont pas concernés par la demande de bourses.

## Autorisation de transport

Je soussigné(e) Mme / M .....responsable légal de l'élève.....

Autorise toute personne adulte travaillant dans l'établissement à transporter celui-ci exceptionnellement (sorties organisées...).

Par cette autorisation, je n'engagerai aucune poursuite à leur encontre en cas d'accident.

Fait à .....

Signature du représentant légal

Le.....

## Autorisation d'hospitalisation

Je soussigné(e) Mme / M .....responsable légal de l'élève.....

Autorise l'équipe de la Mfr, le cas échéant, à prendre toutes mesures utiles pour une hospitalisation.

Nom, adresse, n° du Médecin traitant :

.....  
.....  
.....

Fait à .....

Signature du représentant légal

Le .....

## Contacts en cas d'urgence

*Personnes à avertir en cas d'urgence si vous n'êtes pas joignable*

NOM : ..... Prénom : .....

Lien avec l'élève : ..... N° portable : .....

NOM : ..... Prénom : .....

Lien avec l'élève : ..... N° portable : .....

NOM : ..... Prénom : .....

Lien avec l'élève : ..... N° portable : .....

## Fiche médicale

### TRAITEMENT MEDICAL

Oui

Non

Si oui, lequel ? .....

(Joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants)

### ALLERGIES\* :

Allergies alimentaires :

Oui

Non

Allergies médicamenteuses :

Oui

Non

Autres (pollen, animaux...) :

Oui

Non

Asthme :

Oui

Non

Diabète :

Oui

Non

Mise en place d'un PAI ?

Oui

Non

\*Si oui, joindre la photocopie du certificat médical précisant la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir.

### PROBLEMES DE SANTÉ :

L'enfant présente-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales (informations sous pli cacheté), des précautions à prendre et des éventuels soins à apporter ?.....  
.....  
.....

Fait à .....

Signature du représentant légal

Le .....

## Droit à l'image

Je soussigné(e) Mme / M .....responsable légal de l'élève.....

**Autorise :**

**Oui**

**Non**

La MFR à utiliser, dans le cadre pédagogique (site Internet, réseaux sociaux, publications, reportages) des photos de l'enfant prises au cours des activités scolaires. En application de la loi informatique et libertés et des règles de protection des mineurs, les légendes accompagnant les photos ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les enfants ou leur famille.

Nous attirons votre attention sur le fait que l'usage des images est sans aucun but lucratif et sans publication de nom de famille (prénom seulement). Un refus de votre part aura pour conséquence, soit d'écarter votre enfant lors des prises de vue, soit de masquer son visage.

Fait à .....

Signature du représentant légal

Le .....