

## PIECES du DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION

2025 - 2026

A remettre à Saint Prix

- 1. Photocopies des bulletins des **2 dernières** années scolaires impérativement.
- 2. Photocopies des diplômes obtenus et relevés de Notes d'Examens.
- 3. Photocopie recto/verso de la carte d'identité / titre ou carte de séjour.
- 4. **4** photos d'identité absolument identiques, **récentes** et réglementaires.
- 5. **Fiche sanitaire de liaison avec photo agrafée** par vos soins et **signée par le responsable légal du jeune.**
- 6. Photocopie de l'attestation de droits à l'assurance maladie avec N° Sécurité Sociale du jeune.
- 7. Lettre personnelle et manuscrite de **présentation de son parcours rédigée par le jeune impérativement.**
- 8. **Participation forfaitaire de 45 € non restituée** pour gestion administrative du dossier (traitements, entretiens, positionnements éventuels).
- 9. Références de l'Entreprise susceptible de vous accueillir.

## DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION

### 2025 - 2026

Déposé le :

**JEUNE**

**NOM** .....

**Prénom** .....

**Tel.** .....

**Mail** .....

Adresse.....

.....

Ville.....

Code postal.....

**Naissance :**

Date .....

Ville.....

Pays .....

**Nationalité** .....

**N° Sécurité sociale**

.....

**N° I.N.E.**.....

**Responsable Légal :** *Nom + Prénom*

**Mère :** .....

Tel. / .....

Mail .....

Adresse .....

Ville .....

Code postal .....

**Père :** .....

Tel. / .....

Mail .....

Adresse .....

Ville .....

Code postal .....

**ASE :** *Référent* .....

Tel. Référent .....

Mail .....

**Structure Accueil :**

Nom .....

Ville .....

Nom/ éducateur.....

Tel. / éducateur.....

Mail .....

**Autre :** *Nom*.....

Tel. / .....

Mail .....

Adresse .....

Ville .....

Code postal .....

**1. Derniers établissements fréquentés :**

- . **2024-2025** : Ville / Etablissement : ..... Classe/Section : .....
- . **2023-2024** : Ville / Etablissement : ..... Classe/Section : .....
- . **2022-2023** : Ville / Etablissement : ..... Classe/Section : .....

**2. Code du dernier établissement fréquenté / UAI :** .....

**3. Profession des parents :**

- Père : ..... Tél. direct : ..... Portable .....
- Mère : ..... Tél. direct : ..... Portable : .....

**4. Particularités que vous souhaitez préciser :**

- Contre-indications alimentaires .....
- Difficultés santé : .....
- Sport / compétitions : ..... Autres obligations .....

\* \* \* \* \*

**Références de l'entreprise d'accueil si entrée au CFA**

*(communiquées par la famille / par le jeune)*

**NOM ENTREPRISE** ..... **NOM du contact :** .....

**SIRET** ..... **Fonction :** .....

**Adresse** ..... **Tel** .....

**Ville**..... **Mail** .....

**Code postal**.....

***ou agraffer carte de visite entreprise***

**Formation envisagée**

**Section ou classe envisagée**

<b>Electricité</b>	<input type="checkbox"/> <b>CAP Electricien</b>
<b>Environnements Connectés</b>	<input type="checkbox"/> <b>BAC MELEC</b>
<b>Filière Eau / Energie</b>	<input type="checkbox"/> <b>CAP MIS</b> (Monteur en Installations Sanitaires)
<b>Sanitaire Thermique</b>	<input type="checkbox"/> <b>CAP MIT</b> (Monteur en Installations Thermiques)
<b>Chauffage Climatisation</b>	<input type="checkbox"/> <b>BAC ICCER</b> (Installateur en Chauffage, Climatisation et Énergies Renouvelables)
<b>Energies Renouvelables</b>	<input type="checkbox"/> <b>Technicien MENTION COMPLEMENTAIRE au BAC</b> (Technicien en Energies Renouvelables Option B Energie Thermique)
<b>Peinture</b>	<input type="checkbox"/> <b>CAP PAR</b> (Peintre et Applicateur de Revêtements)
<b>Revêtements Décoration</b>	<input type="checkbox"/> <b>TITRE PROFESSIONNEL Peintre en Bâtiment</b>
<b>Services aux Personnes</b>	<input type="checkbox"/> <b>CAP AEPE</b> (Accompagnement Educatif Petite Enfance)
<b>Petite Enfance</b>	<input type="checkbox"/> <b>BAC ASSP</b> (Accompagnement, Soins et Services à la Personne)
<b>Restauration</b>	<input type="checkbox"/> <b>CAP PSR</b> (Production et Services en Restaurations)
<b>Collectivités et Entreprises</b>	<input type="checkbox"/> <b>CERTIFICAT de SPECIALISATION en Restauration Collective</b>

<b>Découverte professionnelle</b>	<input type="checkbox"/> <b>Classes de 4°</b> (Sous convention de stage)
14/15 ans	<input type="checkbox"/> <b>Classes de 3°</b> (Sous convention de stage)
Pré-Apprentissage	
<b>Découverte professionnelle</b>	<input type="checkbox"/> <b>Classes de remise à niveau JUVENTU</b> (Sous protocole d'alternance ou contrat d'apprentissage)
16/17 ans	
PREPA-Apprentissage	

**NB :** A la suite de l'entretien d'admission à Saint Prix, confirmation du parcours scolaire personnalisé.  
**En base :** **CAP sur 2 ans suivi du BAC sur 2 ans (ou selon bulletins BAC sur 3 ans).**  
**Mention Complémentaire et Certificat de spécialisation sur 1 an.**



# FICHE SANITAIRE DE LIAISON

2025 / 2026

1 – ENFANT

NOM : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

GARÇON  FILLE

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 - **VACCINATIONS** (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphthérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole Oreillons Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

## 3 - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui  non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (*boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice*)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>				

**ALLERGIES** : ASTHME oui  non  MÉDICAMENTEUSES oui  non   
ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES \_\_\_\_\_

**PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication le signaler)**

\_\_\_\_\_

**INDIQUEZ CI-APRÈS :**

**LES DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

#### 4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

---

---

---

---

---

---

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?       NON       OCCASIONNELLEMENT       OUI

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?       NON       OUI

---

#### 5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR) \_\_\_\_\_

---

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

Père : domicile : \_\_\_\_\_ portable : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF) \_\_\_\_\_

*Je soussigné(e), \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.*

N° de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Date :

Signature :

---

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

---

---

---

**OBSERVATIONS**

---

---

---

---

---

---