

DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION

2026 - 2027

Date dépôt du dossier :

Date Positionnement éventuel :

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 :

. **2025-2026** : Ville / Etablissement : Classe/Section :

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

. **2023-2024** : 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

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

Découverte professionnelle	<input type="checkbox"/> Classes de 4^e (Sous convention de stage)
14/15 ans	<input type="checkbox"/> Classes de 3^e (Sous convention de stage)
Pré-Apprentissage	
Découverte professionnelle	<input type="checkbox"/> Classes de remise à niveau JUVENTU (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).**

Certificat de spécialisation sur 1 an.

PIECES du DOSSIER DE PRE-INSCRIPTION

2026 - 2027

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 de pré-inscription (traitements, entretiens, positionnements éventuels).
- ☐ 9. Références de l'Entreprise susceptible de vous accueillir.

**FICHE SANITAIRE
DE LIAISON****2026 / 2027****1 – ENFANT**

NOM _____

Prénom _____

Date de Naissance _____

Garçon ☐ Fille ☐

Photo

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
Diphtérie				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 AIGÜ	SCARLATINE
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	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
