

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

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



MINISTÈRE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Code de l'Action Sociale et des Familles

cerfa

N° 10008*02

**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
Diphthérite				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'ENFANTL'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 DEJA EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	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
ALIMENTAIRES oui non MÉDICAMENTEUSES 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 D'UNE 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
