



UFA SIMONE VEIL BRIVE

DOSSIER D'INSCRIPTION LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

- La photocopie de la carte d'identité (recto verso) ou du passeport
- La photocopie de la carte de séjour pour les étrangers
- La photocopie de la carte vitale
- Une photo d'identité récente
- Les bulletins du 1^{er} et du 2^{ème} trimestre de l'année en cours
- Le numéro INE (à demander au dernier établissement scolaire)
- La photocopie du dernier diplôme obtenu + photocopie du relevé de notes
- La photocopie de l'attestation de la Journée Défense et Citoyenneté **(Exclusivement pour les Formations en BTS)**
- Les bilans orthophoniques en cas de suivi
- Une copie de l'avis d'aménagement à un examen passé en juin 2022 le cas échéant

Fiches à compléter :

- fiche infirmerie
- fiche de renseignement

Unité de Formation par Apprentissage Simone Veil

Rue Evariste Galois - BP 367 – 19311 BRIVE CEDEX • 05-55-87-89-97 • ufa.simone-veil@ac-limoges.fr



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

APPRENTI

TOUT CHANGEMENT EN COURS D'ANNEE DOIT ETRE SIGNALÉ DANS LES MEILLEURS DELAIS

NOM : **Prénom(s) :**
Sexe : F M **Nationalité :**
Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_| |..... **Commune de naissance :**
Département de naissance : **Pays de naissance :**
N° Sécurité Sociale : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |.....
N° INE/RNIE (Identifiant national étudiant) : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |..... *(voir dernier bulletin scolaire)*
Adresse : N° : **Rue, Bd, etc :**
 **CP :** |_|_| |_|_| |..... **Commune :**
N° tél. fixe : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |..... **N° tél. portable :** |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |.....
E-Mail : @
Régime : INTERNE **Hébergement le dimanche soir :** oui non **DEMI-PENSIONNAIRE :**
Titulaire de l'A.S.S.R 2 : OUI NON **Titulaire du permis B :** OUI NON

RESPONSABLES LEGAUX

RESPONSABLE 1	RESPONSABLE 2
PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>	PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>

NOM Prénom	NOM Prénom
Adresse	Adresse
CP Ville	CP Ville
📞 domicile	📞 domicile
📞 portable	📞 portable
E-mail	E-mail
Profession	Profession
👤 professionnel	👤 professionnel

Autres situations : Foyer éducatif Pôle solidarité enfance

Nom :

Adresse – CP – Ville :

📞 : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |.....

Educateur(s) responsables(s) :

SCOLARITE ANTERIEURE

Scolarité N-1

Formation :
Année de formation :
Etablissement :
Dernier diplôme obtenu :
 Aucun Brevet des collèges CFG CAP BEP
 Bac professionnel Baccalauréat général ou technologique
 BTS DUT Licence Autre :

Scolarité avant apprentissage *(si apprentissage en N-1)*

Formation :
Année de formation :
Etablissement :
Dernier diplôme obtenu :
 Aucun Brevet des collèges CFG CAP BEP
 Bac professionnel Baccalauréat général ou technologique
 BTS DUT Licence Autre :

ENTREPRISE

NOM :
Adresse – CP - Ville :
 📞 : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |.....
Responsable :
Maître d'apprentissage :



FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS

ELEVE :

NOM : Prénom :
Date de naissance : Classe :
N° tél portable élève :
Qualité : Demi-pensionnaire Externe Interne

PARENTS OU REPRESENTAUX LEGAUX :

<u>PERE :</u> Nom et prénom :	<u>MERE :</u> Nom et prénom :
Adresse :	Adresse :
Tél. portable :	Tél. portable :
Tél domicile :	Tél domicile :
Tél travail :	Tél travail :
Profession :	Profession :
Nom et adresse de l'employeur :	Nom et adresse de l'employeur :
N° de sécurité sociale :

Pour les élèves internes, joindre la photocopie de l'attestation carte vitale pour la prise en compte du 1/3 payant.
NOM et Numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie (**donner au moins un numéro de téléphone** où l'on peut vous joindre. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'avec un membre de sa famille.**)

MEDECIN TRAITANT

NOM :
Adresse et n° de téléphone:

VACCINATIONS – DATES DES DERNIERS RAPPELS

D.T. POLIO date du dernier rappel :

Informations sur l'état de santé de l'élève que vous souhaiteriez porter à la connaissance de

l'infirmière du lycée

Maladies chroniques :

Allergies (*préciser lesquelles*).....

Autres pathologies :

Traitement en cours (*joindre copie de l'ordonnance pour les internes*).....

Interventions chirurgicales :

Précautions particulières à prendre :

Votre enfant est-il bénéficiaire d'un projet d'accueil individualisé (PAI) ? OUI NON

Si OUI merci de prendre contact avec l'infirmière

Date et signature des parents

Père,

Mère,