



INFORMATIONS GENERALES

- | | |
|---|-------|
| ⇒ LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR | P 1 |
| ⇒ FICHE D'INSCRIPTION A COMPLETER ET A SIGNER | P 2-3 |
| ⇒ CONTRAT FINANCIER A COMPLETER ET A SIGNER | P 4-5 |
| LE SERVICE COMPTABILITE EST A VOTRE DISPOSITION | |
| ⇒ AUTORISATION ET DEMANDE DE PRELEVEMENT A COMPLETER
- A SIGNER ET JOINDRE UN R.I.B. | P 6 |
| ⇒ FICHE MEDICALE A COMPLETER POUR LE SPORT | P 7 |



DOSSIER D'INSCRIPTION 2008 - 2010 FORMATION BAC PRO TRAVAUX PAYSAGERS

SOUS RESERVE D'ACCEPTATION DE L'INSCRIPTION PAR LE DIRECTEUR, APRES ENTRETIEN.

€ CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION € CDI € CDD

NOM ET PRENOM DU CANDIDAT.....

Téléphone LR Portable

e-mail

DOSSIER REMIS LE

RENDEZ-VOUS LE A.....

DATE DE SIGNATURE DU CONTRAT DE PROFESSIONNALISATION	
NOM ET ADRESSE DE L'ENTREPRISE	



MAISON FAMILIALE RURALE DE BIAS

Formation par Alternance

CONTRAT FINANCIER 2009- 2011 FORMATION BAC PRO TRAVAUX PAYSAGERS

Entre la M.F.R. de BIAS et

I. ADRESSE DE FACTURATION :

Madame, Monsieur.....

Régime : Demi-pensionnaire Interne Externe

Adresse de facturation :

Code Postal : | | | | | Commune :

II. COUT DE LA FORMATION

BAC PRO TRAVAUX PAYSAGERS	COUT ANNUEL	COUT TRIMESTRIEL			COUT MENSUEL
		1 ^{er}	2 ^{eme}	3 ^{eme}	
PENSION	872.10 €	348.84 €	261.63 €	261.63 €	87.21 €
DEMI-PENSION	445.74 €	178.30 €	133.72 €	133.72 €	44.57 €

Ce coût comprend : la pension ou la demi-pension, [l'adhésion obligatoire à l'association, l'abonnement au LIEN des MFR.]

FRAIS ANNEXE : NAVETTE BUS

AGEN → Forfait de 82.00 € pour l'année € Cocher si la navette bus sera prise

PENNE → Forfait de 51.00 € pour l'année € Cocher si la navette bus sera prise

III. MODALITES DE PAIEMENT :

⇒ PRELEVEMENT € Veuillez compléter l'autorisation ci-après

IV. FREQUENCE DE PAIEMENT (cocher la case de votre choix)

⇒ MENSUEL € BIMENSUEL € TRIMESTRIEL €

IV. DATE DE PAIEMENT (cocher la case de votre choix)

⇒ Le 5 € Le 10 € le 15 € le 20 € le 30 €



MAISON FAMILIALE RURALE DE BIAS

Formation par Alternance

V. DISPOSITIONS PARTICULIERES :

- ⇒ En cas de démission les frais d'inscription seront conservés.
- ⇒ En cas d'interruption volontaire ou disciplinaire de la formation en cours d'année scolaire, tout trimestre commencé, sera dû.
- ⇒ Le changement de régime est accepté en fin de trimestre. Il devra obligatoirement être signalé par écrit.

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE

Je soussigné (e),

Agissant en qualité de

Et demeurant à l'adresse indiquée ci-dessus, s'engage à s'acquitter du coût de la formation et des frais annexes concernant la formation **BAC PRO TRAVAUX PAYSAGERS**

Fait à.....le

Signature



MAISON FAMILIALE RURALE DE BIAS

Formation par Alternance

DOCUMENTS A FOURNIR AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION BAC PRO TRAVAUX PAYSAGERS

NOM PRENOM :

- € FRAIS D'INSCRIPTION 30 € à la remise du dossier
- € 2 PHOTOCOPIES DE LA CARTE D'IDENTITE
- € 1 COPIE DE L'ATTESTATION DE LA CARTE VITALE
- € 1 FICHE MEDICALE À COMPLETER
- € 1 CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTAGION
- € 1. R.I.B. DE VOTRE COMPTE BANCAIRE
- € 1 Attestation d'assurance à responsabilité civile du Responsable de famille ;
- € 5 enveloppes (110x220) timbrées au tarif en vigueur

DOSSIER EXAMEN

Attestation de recensement (élèves de 16 à 18 ans) ou copie de l'attestation de participation à la journée d'appel de préparation à la défense (élèves de plus de 18 ans).

- € 6 timbres autocollants au tarif en vigueur
- € 1 copie du diplôme obtenu
- € 1 copie du relevé de notes à l'examen pour les redoublants
- € 1 Clé USB
- € 1 EXEAT DU DERNIER ETABLISSEMENT SCOLAIRE

DISPENSE E.P.S. JUSTIFICATIF DE DISPENSE DE SPORT ANNUELLE

DEMANDE D'AMENAGEMENT D'EXAMEN CERTIFICAT MEDICAL ATTESTANT D'UN HANDICAP

EQUIPEMENT OBLIGATOIRE

Sécateur – Chaussure de sécurité – Pantalon de sécurité



MAISON FAMILIALE RURALE DE BIAS

Formation par Alternance

FICHE MEDICALE 2009-2010

NOM : _____ Prénom : _____
Né (e) le : _____ à : _____
CLASSE FREQUENTEE : _____
ADRESSE : _____
TELEPHONE : _____

VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR ETRE ACCEPTEE EN STAGE SANITAIRE ET SOCIAL

(Hépatite B) Joindre une photocopie de l'état des vaccinations figurant sur le carnet de santé ainsi qu'un certificat médical de non contagion.

GRUPE SANGUIN : _____ Groupe _____ Rhésus _____

Antécédents (souligner les maladies déjà contractées)

Rougeole	Scarlatine	Varicelle	Rubéole
Coqueluche	Diphtérie	Oreillons	Typhoïde
Bronchite	Asthme	Tétanie	Diabète

Autres (à préciser).....

Interventions Chirurgicales.....

Contre indications médicales éventuelles – Allergies.....

EN CAS D'ACCIDENT prévenir :

NOM : _____ TELEPHONE : _____

NOM : _____ TELEPHONE : _____

Nom et téléphone de l'employeur du parent ou représentant légal à prévenir en cas d'urgence : _____

NOM DU MEDECIN DE FAMILLE : _____

TELEPHONE : _____

LIEU D'HOSPITALISATION PRIORITAIRE : _____

DELEGATION DE POUVOIRS EN CAS D'URGENCE

Je soussigné (e),
Agissant en qualité dede l'élève
Et demeurant à l'adresse indiquée ci-dessus, autorise Monsieur le Directeur de la MFR de Bias ou, en son absence, la personne ayant reçu délégation, à prendre, en cas d'urgence, toutes les mesures jugées indispensables par le médecin consulté, en raison de l'état de santé de mon enfant.

Fait à.....le

Signature du représentant légal



MAISON FAMILIALE RURALE DE BIAS

Formation par Alternance

CADRE RESERVE A LA MFR DE BIAS

€CONTRAT SIGNE

€RETOUR CONTRAT DDTEFP

€CONTRAT FINANCIER SIGNE

€DOSSIER COMPLET

DATE D'ENTREE (uniquement si inscription en cours d'année) : _____

DATE ET MOTIF DE SORTIE : _____

€FIN DE FORMATION

€ABANDON

€EXCLUSION

