

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 P 6
- A SIGNER ET JOINDRE UN R.I.B.
- ⇒ FICHE MEDICALE A COMPLETER POUR LE SPORT P 7



CONTRAT FINANCIER 2009- 2010 FORMATION CAP FLEURISTE (1 an)

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. COÛT DE LA FORMATION

CAP FLEURISTE (1 an)	COÛT ANNUEL	COÛT TRIMESTRIEL			COÛT 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, les fleurs]

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 €



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 **CAP FLEURISTE (1 an)**

Fait à.....le

Signature



DOCUMENTS A FOURNIR AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION CAP FLEURISTE (1 an)

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 CAP 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



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.

GROUPE 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 de de 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



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

DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande de prélèvement est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier

NOM – PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT
TENEUR DU COMPTE A DEBITER

COMPTE A DEBITER			
Codes établissement	Codes Guichet	Numéro de Compte	Clé RIB

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

MAISON FAMILIALE RURALE DE BIAS

8, rue de Brondeau
47300 BIAS

Date

Signature

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et ne pourront donner lieu à un exercice du droit individuel auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80.10 du 01.04.1980 de la Commission Informatique et Libertés.

AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier si la situation le permet – tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous – En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL EMETTEUR

454202

NOM – PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

MAISON FAMILIALE RURALE DE BIAS

8, rue de Brondeau
47300 BIAS

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT
TENEUR DU COMPTE A DEBITER

COMPTE A DEBITER

Codes établissement	Codes Guichet	Numéro de Compte	Clé RIB

Date

Signature