



## 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



### DOSSIER D'INSCRIPTION 2009 - 2010 FORMATION CAP FLEURISTE (FC)

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

€ PRISE EN CHARGE INDIVIDUELLE    € CONSEIL REGIONAL    € AGEFIPH

€ C.I.F.

NOM ET PRENOM DU CANDIDAT.....

Téléphone        LR    Portable

e-mail

DOSSIER REMIS LE

RENDEZ-VOUS LE       A.....

NOM - ADRESSE ET TELEPHONE DU MAITRE DE STAGE

--





# MAISON FAMILIALE RURALE DE BIAS

*Formation par Alternance*

## CONTRAT FINANCIER 2009- 2010 - FORMATION CAP FLEURISTE (FC)

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

CAP FLEURISTE (FC)	COUT ANNUEL	COUT TRIMESTRIEL			COUT MENSUEL
		1 <sup>er</sup>	2 <sup>eme</sup>	3 <sup>eme</sup>	
FORMATION	4 641.00 €	1 856.40 €	1 392.30 €	1 392.30 €	464.10 €
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 scolarité, la pension ou la demi-pension, [l'adhésion obligatoire à l'association, l'abonnement au LIEN des MFR, l'assurance MSA]

#### 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 **CAP FLEURISTE (FC)**

Fait à.....le .....

*Signature*



# MAISON FAMILIALE RURALE DE BIAS

*Formation par Alternance*

## DOCUMENTS A FOURNIR AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION FORMATION CAP FLEURISTE (FC)

**NOM PRENOM :** .....

- € FRAIS D'INSCRIPTION 100 € 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**



# 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 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*



# MAISON FAMILIALE RURALE DE BIAS

*Formation par Alternance*

## CADRE RESERVE A LA MFR DE BIAS

€ DEMANDE DE REMUNERATION CNASEA

€ AIDE CONSEIL REGIONAL

€ 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

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

MAISON FAMILIALE RURALE DE BIAS

8, rue de Brondeau  
47300 BIAS

COMPTE A DEBITER

Codes établissement	Codes Guichet	Numéro de Compte	Clé RIB

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

COMPTE A DEBITER

Codes établissement	Codes Guichet	Numéro de Compte	Clé RIB

Date

Signature

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