



Nombre d'enfants dans la famille : .....		Nombre d'enfants à charge : .....		Rang de l'élève : .....	
- Garçons : prénom nom (date de naissance) :					
- Filles : prénom nom (date de naissance) :					
- Nombre d'enfants handicapés à charge : .....					
Profession du père : .....			Profession de la mère : .....		
NOM de l'employeur et adresse du lieu de travail : ..... .....			NOM de l'employeur et adresse du lieu de travail : ..... .....		
N° de téléphone :			N° de téléphone :		
Sécurité Sociale : <input type="checkbox"/> ou Mutualité Sociale Agricole : <input type="checkbox"/>			Sécurité Sociale : <input type="checkbox"/> ou Mutualité Sociale Agricole : <input type="checkbox"/>		
N° d'immatriculation : .....			N° d'immatriculation : .....		
FOYER <input type="checkbox"/>		OU FAMILLE D'ACCUEIL <input type="checkbox"/>		OU EDUCATEUR <input type="checkbox"/>	
NOM Prénom du référent : .....			N° de téléphone personnel : .....		
ADRESSE – rue ou lieu-dit : .....			N° de téléphone portable : .....		
.....			.....		
Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			E-mail : .....		
Commune :					
<b>RESPONSABLE PAYEUR : .....</b>					
ADRESSE – Rue ou lieu-dit :					
.....			Code postal : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
.....			Commune : .....		
N° de téléphone personnel :					
<b>En cas d'absence et d'urgence</b>					
Indiquer le(s) nom(s) des personnes pouvant être contactées :					
NOM : .....			Lien éventuel de parenté :		
N° de téléphone :					
<b>DEMANDE DE BOURSES :</b>					
OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>			
Veuillez faire votre demande sur le site <a href="https://www.messervices.etudiant.gouv.fr/envole/">https://www.messervices.etudiant.gouv.fr/envole/</a>					

## ATTESTATION DE PRISE DE CONNAISSANCE

Je soussigné (e) : .....

Demeurant à .....

**Demande une pré - inscription de :** .....

à la **MFR de la BAGOTIERE.**

**et confirme la validation de mon affectation sur PARCOURSUP, afin que ma demande soit étudiée.**

Fait à..... Le .....

Signature des responsables légaux - précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

*A déjà eu un(e) jeune à la MFR de la Bagotière*

## Informations SANTE :

Nom Prénom : .....

\*Bénéficie d'un  PAI  PAP  dossier MDPH (dossier n° .....) )

(\* Transmettre le document correspondant)

-----  
Troubles des apprentissages :

- Dyslexie                       Dyspraxie                       Dysorthographe  
 Dyscalculie                       Dysgraphie                       Autre : à préciser : .....

- → Suivi orthophonique :                       non                       Oui : précisez : .....  
→ Suivi psychologique :                       non                       Oui : précisez : .....  
→ Suivi éducatif ou social :                       non                       Oui : précisez : .....

Référents : .....

Téléphone : .....

- Maladie en cours :                       non                       Oui : précisez : .....  
.....  
.....  
.....

-----  
**AUTRES INFORMATIONS :**

.....  
.....  
.....  
.....

## SI SOUHAIT DE FORMATION EN CONTRAT D'APPRENTISSAGE

Avez-vous des employeurs potentiels ? Oui ( ) Non ( )

▶ Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Raison sociale	Nom de l'entreprise	Adresse	Tél	Activité professionnelle

Sinon, précisez le secteur d'entreprise souhaité : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Précisez le nombre d'entreprises contactées : \_\_\_\_\_

▶ Possédez-vous le permis de conduire ? Oui ( ) Non ( )

Avez-vous une voiture ? Oui ( ) Non ( )

▶ Votre numéro de sécurité sociale : .....

**DATE et SIGNATURE**