



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 : .....

NOM de l'employeur et adresse du lieu de travail :

.....

.....

N° de téléphone :

Sécurité Sociale :  ou Mutualité Sociale Agricole :

N° d'immatriculation : .....

Profession de la mère : .....

NOM de l'employeur et adresse du lieu de travail :

.....

.....

N° de téléphone :

Sécurité Sociale :  ou Mutualité Sociale Agricole :

N° d'immatriculation : .....

FOYER

OU FAMILLE D'ACCUEIL

OU EDUCATEUR

NOM Prénom du référent : .....

N° de téléphone personnel : .....

ADRESSE – rue ou lieu-dit : .....

N° de téléphone portable : .....

.....

Code postal :

E-mail : .....

Commune :

RESPONSABLE PAYEUR : .....

ADRESSE – Rue ou lieu-dit :

.....

.....

Code postal :

Commune : .....

N° de téléphone personnel :

#### En cas d'absence et d'urgence

Indiquer le(s) nom(s) des personnes pouvant être contactées :

NOM : .....

Lien éventuel de parenté :

N° de téléphone :

## 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**