

DEMANDE D'INSCRIPTION – Année scolaire 2024/2025

A retourner complétée, signée avec les documents demandés, cf. page « Modalités d'Inscription »

Vous souhaitez intégrer le BTS Conseil et Commercialisation de Solutions Techniques

2nde année

Photo de l'étudiant

Renseignements et coordonnées du candidat

Madame Monsieur

NOM : Prénom(s) :
 Date de naissance : Pays de naissance :
 Lieu de naissance : Âge :
 Nombre de frère(s)/sœur(s) : Nationalité :
 Téléphone mobile : E-mail :

Adresse postale [uniquement en France]

Complément d'identification
 (Chez ..., étage,...) :
 N° et nom de la rue :
 CP/VILLE :

Classes ou activités professionnelles de ces trois dernières années

Année	Classe ou Activité	Etablissement fréquenté / Employeur Nom et adresse complète
2023/2024		
2022/2023		
2021/20122		

- Diplôme(s) obtenu(s) :
 - Avez- vous déjà été apprenti ? Oui Non
 - Êtes-vous inscrit au Pôle-Emploi ? Oui Non
 - Comment avez-vous connu notre Etablissement ?
 CIO CFA Cerfal Salon/Forum PO Site Internet : Autre :

Famille

Situation personnelle : Célibataire Vie maritale Marié.e Divorcé.e Autre :

Avez- vous des enfants : Oui, mode garde :..... Non

Personne à contacter en cas d'urgence : Nom :

Téléphone :

Avez-vous des problèmes particuliers à nous signaler pouvant agir sur la formation ?

OUI NON Si oui, merci de nous préciser lesquels :

Si vous êtes mineur.e, précisez le responsable légal en titre :

	Père	Mère	Autre :
Nom – Prénom Adresse complète			
Tél fixe / mobile E-mail (en majuscules)			

Santé *

- Avez-vous des problèmes de santé à signaler ? OUI NON

Si oui **remplir obligatoirement la fiche médicale**

**Si vous ne souhaitez pas communiquer ces renseignements par écrit, nous vous demandons de prendre directement contact avec les Infirmières de notre Etablissement.*

Modalités des Langues Vivantes

- La langue vivante A (ou LV1) sera enseignée et obligatoire, **exclusivement** en Anglais
- Une langue Vivante B (LV2) est **facultative et l'inscription via le CNED à la charge de l'étudiant et non de l'établissement.**

Entreprise d'accueil en apprentissage

Dans quel domaine souhaitez-vous préparer votre 2nde année de BTS ?

Si vous avez déjà obtenu l'accord d'un employeur :

Nom de l'entreprise :

Coordonnées : N° et nom de la rue :

CP/VILLE :

Téléphone :courriel :

Nom et fonction de votre interlocuteur :

Informations importantes, engagements de l'apprenti

Je déclare avoir pris connaissance du Règlement intérieur UFA 2023-2024 puis 2024-2025, de la charte informatique et du Règlement Général sur la Protection des Données consultables sur le site : www.carcado-saisseval.com et je m'engage à les respecter.

Je donne mon autorisation à l'UFA CARCADO-SAISSEVAL, représentée par son directeur Monsieur Cyrille NIOL, d'utiliser les photos de groupes ou individuelles, vidéo ou films collectifs sur lesquels je pourrais figurer, pour des documents destinés à notre communication interne et externe avec nos partenaires habituels (APEL, Enseignement Catholique, Charlemagne, etc...) sans contrepartie financière.

Les informations recueillies ici sont obligatoires pour l'inscription. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont conservées conformément à la loi, au départ de l'apprenti, dans les archives de l'établissement. Certaines de ces informations seront transmises au Secrétariat Général de l'Enseignement Catholique, à l'Association des Parents d'Elèves APEL, au Rectorat de l'Académie et à l'organisme habilité à collecter la Taxe d'Apprentissage.

Une photo d'identité numérisée sera conservée par l'établissement, elle ne sera jamais communiquée à des tiers. Conformément à la loi française n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez demander communication et rectification des informations vous concernant en vous adressant au chef d'établissement.

Je déclare sur l'honneur que tous les éléments portés à la connaissance de l'UFA CARCADO-SAISSEVAL sont rigoureusement exacts et je confirme ma demande d'inscription pour l'année scolaire 2024-2025 à **Monsieur Cyrille NIOL**, Chef d'Etablissement.

Bon pour accord, Fait à _____ Le _____ 2024

Signatures obligatoires précédées de la mention manuscrite « Lu et approuvé » :

Candidat :	Père (si mineur)	Mère (si mineur)	Responsable si différent du père ou de la mère (si mineur)

FICHE MEDICALE CONFIDENTIELLE

*A remplir par le Médecin traitant en cas de problème de santé.
Mettre sous pli à l'attention du Service Médical et à joindre au dossier.*

Les renseignements médicaux importent au bon déroulement de la formation de l'apprenti. En cas de refus ou de dissimulation de certains éléments, cela pourrait mettre en cause l'inscription dans notre établissement et le contrat d'apprentissage.

Une visite auprès de la médecine du travail de l'employeur sera organisée par ce dernier, indépendamment des renseignements ci-après.

NOM et Prénom : _____

Né(e) le : _____

Classe 2024/2025 : BTS CCST 2

▶ Etat de santé de l'Etudiant

▶ Antécédents médicaux et chirurgicaux

▶ Existe-t-il : - un problème de santé ? NON OUI, traitement éventuel :

▶ Une affection chronique, un traitement de longue durée ? NON OUI, précisez :

Si oui, protocole et traitements à joindre obligatoirement pour le Service Médical de Carcado-Saisseval.

Cette affection nécessite-t-elle la mise en place d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ?

OUI NON

▶ Surveillance particulière à prendre au sein de l'établissement :

▶ L'état de santé physique et psychologique remet-il en cause l'orientation choisie ?

OUI NON

▶ Date du dernier rappel DT POLIO : _____

RAPPEL : Il est vivement conseillé de faire pratiquer la vaccination anti hépatique B : ENGERIX-HEVAC et la vaccination ROR (2 injections).

Date :

Signature du Médecin :

Cachet du Médecin :

Règlement relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données - RGPD

Informations relatives à la santé des élèves et étudiants

Les données de santé figurant sur la fiche médicale sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.

Elles sont susceptibles d'être transmises :

- au service médical de l'établissement,
- aux services médicaux d'urgence,
- autant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés,
- et dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, ...) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux, ...)

Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la formation de l'étudiant apprenti au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI dont il bénéficie.

Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement en nous le signalant dans un courrier joint.

Vu et pris connaissance, à..... Le.....

Etudiant apprenti majeur

NOM

Prénom

Signature

Responsables légaux de l'étudiant apprenti mineur

NOM

Prénom

Signature