

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ANNEE SCOLAIRE 2023-2024

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE / APPRENTI

Nom : Prénom :
Né(e) le : à : Nationalité :
Adresse :
Code Postal : Commune :
Mail :
Téléphone 1 : Téléphone 2 :
Numéro INE (Identifiant National Élève) :
Numéro Sécurité Sociale :

SCOLARITE DE L'ANNEE DEMANDEE 2023/2024

Classe : Diplôme préparé :
Langue vivante : ☐ Anglais ☐ Espagnol Statut : ☐ Scolaire ☐ Apprenti

SITUATION DE L'ANNEE PRECEDENTE 2022/2023

Etablissement :
Code postal : Commune :
Classe : Diplôme préparé :
Situation : ☐ Scolaire ☐ Apprenti ☐ Stagiaire de la formation professionnelle ☐ Salarié(e) ☐ Demandeur emploi

Si en apprentissage l'année précédente, nous fournir l'ancien contrat et le formulaire de résiliation.

RESPONSABLE LEGAL 1

Nom - Prénom : Lien de parenté :
Adresse mail
Adresse :
Code Postal Commune
Profession (cf fiche code) : Nombre total d'enfant à charge :
☎ dom : ☎ travail : ☎ portable :

RESPONSABLE LEGAL 2

Nom-Prénom : Lien de parenté :
Adresse mail
Adresse :
Code Postal Commune
Profession (cf fiche code) : Nombre total d'enfant à charge :
☎ dom : ☎ travail : ☎ portable :

AUTRE RESPONSABLE OU PERSONNE A CONTACTER

Nom-Prénom : Lien de parenté :
Adresse mail
Adresse :
Code Postal Commune
Profession (cf fiche code) :
☎ dom : ☎ travail : ☎ portable :

Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves (O ou N) ?

COCHEZ UN SEUL RESPONSABLE FINANCIER (qui paie les frais scolaires) : ☐ Responsable 1 ☐ Responsable 2

AUTRES RENSEIGNEMENTS DIVERS		
Diplômes obtenus	Année	Etablissement - Ville

Titulaire du permis : ☐ OUI ☐ NON
 Titulaire BSR ☐ OUI ☐ NON

Reconnu Travailleur Handicapé : ☐ OUI ☐ NON

Décision MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) : ☐ OUI ☐ NON

PPS (Projet Personnel de Scolarisation) : ☐ OUI ☐ NON

AESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap) : ☐ OUI ☐ NON

PAP (Plan Accompagnement Personnalisé) : ☐ OUI ☐ NON

RENSEIGNEMENTS ENTREPRISE
Avez-vous une proposition de contrat d'apprentissage ? ☐ OUI ☐ NON
Nom de l'entreprise :
N° SIRET :
Code activité de l'entreprise (NAF) :
Convention collective applicable :
Code IDCC de la convention collective :
Nom du contact dans l'entreprise :
Adresse :
Code Postal : Commune :
N° téléphone :
Mail :
Dates prévisionnelles du contrat :

Ale

Signature du candidat si vous êtes majeur, sinon signature de vos parents ou de votre représentant légal.

Les informations recueillies lors de la constitution de votre dossier d'inscription font l'objet d'un traitement informatique de la part du CFAA, afin de suivre le déroulement de votre parcours de formation. Le CFAA s'engage à ne collecter que les informations strictement nécessaires à l'exécution de la prestation de formation qu'il met en oeuvre. Elles ne sont conservées que pour la durée nécessaire à leur traitement.

Conformément au règlement européen sur la protection des données 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD) et à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, d'opposition, de limitation et de suppression suppression de ces données. Vous pouvez exercer ce droit par voie postale auprès du CFA de l'Académie de Toulouse - 75 rue Saint Roch - 31400 Toulouse ou par mail à l'adresse : cfa-acad@ac-toulouse.fr.