

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS
ANNEE SCOLAIRE 2024-2025**

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 2024/2025

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

SITUATION DE L'ANNEE PRECEDENTE 2023/2024

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 NONReconnu Travailleur Handicapé : OUI NONDécision MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) : OUI NONPPS (Projet Personnel de Scolarisation) : OUI NONAESH (Accompagnant des Elèves en Situation de Handicap) : OUI NONPAP (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.

