

DOSSIER D'ADMISSION

CAP SAPVER

Année scolaire 2020~2021

Collez ici une
photo d'identité
récente
du candidat

État civil de l'élève

Nom de l'élève Prénom usuel Sexe

Prénoms de l'état civil
Autres prénoms de l'élève

N° I.N.E.
A demander à votre ancien établissement

Né(e) le à Département
Date de naissance (jour, mois, année) Commune de naissance

Nationalité N° de sécurité sociale de l'élève

Adresse de l'élève

N° Rue ou lieu-dit

Code postal Commune

N° de tél. (fixe)

Autorise la communication de ses coordonnées : Oui Non N° de portable de l'élève
(dans le cadre des missions de l'établissement)

Email de l'élève:

Scolarité au LPA

CAP SAPVER (Services aux Personnes et Vente en Espace Rural) : 1^{er} année 2^{ème} année

Langue Vivante : Anglais

Régime choisi : Interne Demi-pensionnaire 4 jours Demi-pensionnaire 5 jours Tickets Externe

montant des bourses est conditionné au régime

Options facultatives envisagées : Section sportive Golf Option Muscu/Golf ou Foot Engagement citoyen

Engagement

Je soussigné(e)/nous soussignés : , (sélectionnez la mention utile)

- M'engage à payer la pension de l'élève mentionné en 1^{er} page de ce document, pour le régime de pension choisi, pendant la durée de la scolarité, conformément au tarif en vigueur. À défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement en soit poursuivi, conformément à la réglementation en vigueur ;
- Certifie sur l'honneur les renseignements portés sur ce document ;
- Pour les familles dont les parents sont séparés et souhaitant payer à part égale, chaque parent doit obligatoirement signer l'engagement.

Date

Signature

Joindre obligatoirement un RIB au nom de la/des personne(s) signant l'engagement

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

Scolarité précédente

Dernière classe fréquentée : (A remplir précisément ex : 3ème Gnle, 3ème SEGPA, Cap...)

Nom et adresse de l'établissement :

CP: Commune :

Diplômes obtenus : (si oui fournir les justificatifs)

SST Brevet des collèges ou CFG ASSR B2I

Autre :

Correspondants éventuels (autres que les parents)

Nom : Prénom :

Lien de parenté ou de responsabilité avec l'élève

Adresse du domicile :
Rue, lieu-dit

Code postal Commune

N° tél : /

- autorise à récupérer l'élève
- autorise à signer les décharges de sorties
- réception des courriers (bulletins, relevés absences, de sanctions,...)
- à prévenir en cas d'accident

Nom : Prénom :

Lien de parenté ou de responsabilité avec l'élève

Adresse du domicile :
Rue, lieu-dit

Code postal Commune

N° tél : /

- autorise à récupérer l'élève
- autorise à signer les décharges de sorties
- réception des courriers (bulletins, relevés absences, de sanctions,...)
- à prévenir en cas d'accident

Nom : Prénom :

Lien de parenté ou de responsabilité avec l'élève

Adresse du domicile :
Rue, lieu-dit

Code postal Commune

N° tél : /

- autorise à récupérer l'élève
- autorise à signer les décharges de sorties
- réception des courriers (bulletins, relevés absences, de sanctions,...)
- à prévenir en cas d'accident

Nom : Prénom :

Lien de parenté ou de responsabilité avec l'élève

Adresse du domicile :
Rue, lieu-dit

Code postal Commune

N° tél : /

- autorise à récupérer l'élève
- autorise à signer les décharges de sorties
- réception des courriers (bulletins, relevés absences, de sanctions,...)
- à prévenir en cas d'accident

Renseignements concernant la famille

PÈRE

Mariés Concubins Séparés
 Divorcés Célibataire Veuf/Veuve

MÈRE

Autorité Parentale ? Cochez ici

Autorité Parentale ? Cochez ici

Nom :

Prénom

Adresse du domicile :
Rue, lieudit

Code postal Commune

N° tél. personnel fixe :

nous utilisons les SMS pour vous alerter des absences

N° tél. portable :

Date de naissance :

Email :

J'autorise la communication de mes coordonnées Oui Non
(dans le cadre des missions de l'établissement)

Nom :

Prénom

Adresse du domicile :
Rue, lieudit

Code postal Commune

N° tél. personnel fixe :

nous utilisons les SMS pour vous alerter des absences

N° tél. portable :

Date de naissance :

Email :

J'autorise la communication de mes coordonnées Oui Non
(dans le cadre des missions de l'établissement)

Profession :

Profession actuelle ou dernière profession pour les retraités

Employeur :

Nom et adresse de l'employeur

Code postal Commune

N° tél. travail :

Poste :

Profession :

Profession actuelle ou dernière profession pour les retraités

Employeur :

Nom et adresse de l'employeur

Code postal Commune

N° tél. travail :

Poste :

Souhaitez vous être représentant des parents d'élèves ?

Conseil de Classe

Conseil Intérieur

Conseil d'Administration

Souhaitez vous être représentant des parents d'élèves ?

Conseil de Classe

Conseil Intérieur

Conseil d'Administration

SIGNATURES

« lu et approuvé » l'ensemble des documents annexés

PÈRE

MÈRE

ÉLÈVE

Autre représentant