

Dossier de candidature BAC PRO

NOM : Prénom :

Ce dossier est à retourner avec toutes les pièces justificatives listées au dos à l'adresse suivante :

BTP CFA AFRA - 3 place du Paisy - 69570 DARDILLY

ou par mail : btpcfa.afra@ccca-btp.fr

FORMATION EN APPRENTISSAGE SOUHAITÉE * Pour les Bac Pro proposés dans plusieurs lieux de formation : indiquez votre ordre de préférence "N°1", "N°2"...

Cochez cette case si vous demandez à entrer directement en Terminale.

Métiers de l'Électricité et de ses Environnements Connectés (MELEC) Lycée ECA à Annecy (74)

Aménagement et finition du Bâtiment

- Lycée A. CUZIN à Caluire (69) N° _____ Lycée F. BUISSON à Voiron (38) N° _____
 Lycée le Salève à Annemasse (74) N° _____

Technicien du Bâtiment : Organisation et Réalisation du Gros Œuvre

- Isco à Grenoble (38) N° _____ Lycée A. CUZIN à Caluire (69) N° _____

Filière Energétique

Technicien d'Installation des Systèmes Énergétiques et Climatiques

- Lycée ST JOSEPH à Lyon (69) N° _____ Lycée LE NIVOLET à La Ravoire (73) N° _____

Technicien de Maintenance des Systèmes Énergétiques et Climatiques

- Lycée ST JOSEPH à Lyon (69) N° _____

Technicien Constructeur Bois Lycée L. LACHENAL à Argonay (74)

Technicien Menuisier Agenceur Lycée L. LACHENAL à Argonay (74)

Travaux Publics

- Lycée T.GARNIER à Bron (69) Lycée ROGER DESCHAUX à Sassenage (38)
 Lycée PORTE DES ALPES à Rumilly (74)

Ouvrages du Bâtiment : Métallerie Lycée ST EXUPERY à Bellegarde-sur-Valserine (01)

ENTREPRISE D'ACCUEIL Si vous avez déjà un contact sérieux avec une entreprise, précisez ses coordonnées. Si vous avez une promesse d'embauche, joindre un courrier de l'entreprise confirmant son accord pour vous prendre en apprentissage pour la durée de la formation.

NOM de l'entreprise :

NOM et Prénom du Responsable :

Adresse :

Code Postal Ville

Téléphone :

E-mail :

CADRE RESERVE AU CFA

Form. G ^{ale} / 6	Math. Phys. / 6	Form. Prof / 6	Divers / 6	Dossier / 24
Entretien / 6	TOTAL / 30		Obs :	
DÉCISION : _____				PE jointe <input type="checkbox"/>

REPRESENTANT LEGAL

Père Mère Autre : Responsable Légal : oui non
NOM : Prénom :
Adresse
Code postal : Ville :
Tél fixe Tél mobile:.....
E-mail
Profession :.....

Père Mère Autre : Responsable Légal : oui non
NOM : Prénom :
Adresse
Code postal : Ville :
Tél fixe Tél mobile:.....
E-mail
Profession :.....

TOUS VOS VŒUX DE FORMATION POUR LA RENTRÉE (à classer dans l'ordre de vos préférences)

	Etablissement	Formation	Voie scolaire	Appren-tissage
1 ^{er} vœu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ^{ème} vœu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ^{ème} vœu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ^{ème} vœu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DECRIVEZ VOTRE MOTIVATION EN QUELQUES LIGNES (objectifs, priorités, choix de l'apprentissage, ...)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

CURRICULUM VITAE Nous vous conseillons d'apporter une attention particulière aux informations que vous noterez ci-dessous car elles pourront être transmises à des employeurs potentiels

Date de naissance :/...../..... Lieu et Pays de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Tél Fixe : Tél mobile :

E-mail :

N° INE : (=Identifiant National Elève : vous trouverez ce N° sur vos bulletins de notes trimestriels ou relevé de notes d'examen)

- Êtes-vous reconnu « Travailleur Handicapé » : OUI NON
- Quel type de 3^{ème} avez-vous suivi ? (Générale, Prépa Pro, DP3, DP6UPE2A, MLDS etc.) :
- Avez-vous obtenu le CFG (Certificat de Formation Générale) ? : OUI NON
- Avez-vous obtenu le Diplôme National du Brevet ? : OUI NON
- Avez-vous le Permis de conduire : OUI NON EN COURS
- Actuellement, vous êtes : Elève, Etudiant Apprenti en Contrat de pro
 Salarié Demandeur d'emploi Autre

PARCOURS SCOLAIRE (Listez au minimum vos 2 dernières années scolaires)

Année Scolaire	Voie scolaire	Apprentissage	Classe + Intitulé précis de la formation et spécialité	Diplôme préparé	Etablissement Scolaire Nom + Ville	Diplôme Obtenu (oui ou non)
19/20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18/19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17/18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16/17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Langue(s) Vivante(s) 1 :

FORMATION COMPLEMENTAIRE (exemple Brevet de Sécurité Routière, Formation Premiers Secours etc...)

Année	Formation	Etablissement (Nom + Ville)

EXPERIENCE PROFESSIONNELLE (BTP et Autres)

Début	Fin	Entreprise	Poste occupé	Type de contrat (apprentissage, stage, CDD, CDI)

VOS CENTRES D'INTERET

-	-
-	-

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données nominatives qui vous concernent.

Pièces à joindre IMPÉRATIVEMENT (tout dossier incomplet ne sera pas étudié)

- Photo d'identité** (inscrire votre Nom et votre prénom au dos de la photo)
- Copies des **bulletins de notes des 2 dernières années** scolaires (y compris ceux de l'année en cours)
- Copies des **relevés de notes des diplômes** déjà obtenus
- Copie Carte d'Identité**
- Pour les candidats étrangers hors UE : Copie du **titre de séjour (ou du récépissé de la demande autorisant à travailler)** dans le cadre de la législation en vigueur (**pas d'autorisation partielle de travail**)
- Promesse d'embauche** d'une entreprise pour l'apprentissage si vous en avez une. (Si vous n'avez pas trouvé d'entreprise, envoyez-nous votre dossier rapidement, vous pourrez nous envoyer une promesse d'embauche plus tard en complément).

Comment avez-vous connu cette formation ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Votre établissement de formation actuel | <input type="checkbox"/> Publication BTP CFA AFRA |
| <input type="checkbox"/> ONISEP et Publications Education Nationale | <input type="checkbox"/> Site Internet BTP CFA AFRA |
| <input type="checkbox"/> Entreprise | <input type="checkbox"/> Bouche à oreille |
| <input type="checkbox"/> Autre : | |

Si vous êtes envoyé(e) par une mission locale, précisez laquelle :

Attestation à remplir et à signer

Je soussigné(e),
certifie l'exactitude des renseignements fournis dans ce dossier.

Date :

Signature obligatoire du Candidat :

Signature obligatoire du représentant légal
si le candidat est mineur :

Dossier à retourner à :

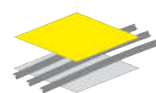
BTP CFA AFRA

3 Place du Paisy

69570 DARDILLY

Ou : btpcfa.afra@ccca-btp.fr

POUR TOUTE QUESTION, APPELEZ-NOUS : 04 72 52 07 21



FICHE DE SANTE

Confidentielle, à l'usage de l'infirmière

Transmettre cette fiche à l'infirmière sous enveloppe cachetée,

En notant « confidentiel – fiche de santé »

Document soumis au secret médical et professionnel

Fiche remplie le :

Classe :

Photo d'identité

LYCEE PROFESSIONNEL E.C.A.
2, rue des Carillons
CS 70233
74942 ANNECY LE VIEUX CEDEX
Tel : 04 50 23 31 66
Fax : 04 50 23 67 24

INTERNE

½ PENSIONNAIRE

EXTERNE

NOM DE L'ELEVE :

Prénom(s) : Nationalité :

Date de naissance : Lieu de naissance :

N°ss du jeune **OBLIGATOIRE** :

Père :

NOM, Prénom :

Adresse :

Profession :

Mère :

NOM, Prénom :

Adresse :

Profession :

Numéros de téléphone en cas d'urgence :

Domicile père : Portable : Travail :

Domicile mère : Portable : Travail :

Ou tiers à contacter (grands-parents, voisin..... indiquer le nom de la personne) :

En cas d'urgence, il sera fait appel au SAMU (15).

C'est le médecin du 15 qui décidera des mesures les plus appropriées à l'état de santé de l'élève.

La famille sera avertie dans les meilleurs délais.

Un élève mineur peut entrer à tout moment à l'hôpital, mais il ne peut en sortir qu'accompagner de l'un de ses parents ou de son tuteur légal.

Prénom(s) et âge des frères et sœurs de l'élève : -----

**FURNIR OBLIGATOIREMENT UNE PHOTOCOPIE DE TOUTES LES
VACCINATIONS NOTEES SUR LE CARNET DE SANTE DE L'ELEVE.**

Si les conditions ne sont pas remplies, faire vacciner l'élève dès maintenant, sauf contre-indication sur un certificat médical

LORS D'UNE INDISPOSITION, L'ELEVE DOIT OBLIGATOIREMENT PASSER AUPRES DE L'INFIRMIERE QUI ALERTE LA FAMILLE.

L'ELEVE QUI SUIT UN TRAITEMENT MEDICAL DOIT APPORTER SES MEDICAMENTS A L'INFIRMERIE AVEC UN DOUBLE DE L'ORDONNANCE.

EN CAS D'INAPTITUDE A L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE, UN CERTIFICAT TYPE SERA FOURNI PAR LE PROFESSEUR DE SPORT EN DEBUT D'ANNEE AFIN DE PERMETTRE UNE ADAPTATION DE L'ENSEIGNEMENT AUX POSSIBILITES DE L'ELEVE.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

La famille est invitée, dans l'intérêt de l'élève, à répondre le plus exactement possible au questionnaire ci-dessous :

L'élève a-t-il subi des interventions chirurgicales ? (date(s), motif(s))

➤ Nom et téléphone du médecin traitant :

L'élève présente-t-il :

➤ Une maladie chronique ou un problème de santé particulier ?

➤ Suit-il un traitement ? oui _____ non (si oui fournir une copie d'ordonnance)

➤ Une allergie ? Une contre-indication à certains médicaments ? Lesquelles ? Est-il suivi par un allergologue ? Lequel (Nom + Tel) ?

➤ Quel est son traitement en cas de crise ?

➤ Merci de donner tout autre renseignement qui pourrait être utile à l'infirmière scolaire (malaises, troubles nerveux, troubles cardiaques, convulsions, séquelles d'accidents, traitement(s) en cours...) :

➤ A-t-il un problème de : (préciser lequel)

Vue :

Audition :

Statique :

Autre :

➤ Troubles des Apprentissages : oui non

Si oui veuillez remplir le document sur les troubles des apprentissages

➤ Est-il suivi dans le cadre d'un PPS, PAI, PAP.... ?

➤ Est-il ou a-t-il été pris en charge par :

Un psychologue ou psychiatre : oui non

Un psychomotricien : oui non

➤ Nom des 3 derniers établissements scolaires fréquentés et adresse précise :

Direction des services
Départementaux
De l'éducation nationale
Haute-Savoie

DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL* EN FAVEUR DES ÉLÈVES

Veillez compléter les éléments inscrits en rouge

Date de demande :

Nom de l'élève : Prénoms :

Né(e) le à

Établissement où est inscrit l'élève

LYCÉE PROFESSIONNEL PRIVÉ

2 Rue des Carillons

BP 233

74942 ANNECY- LE- VIEUX Cedex

Classe :

Établissement d'où vient l'élève

Nom :

Rue : N°

Commune : Arrt(pour Paris)

Département : Pays :

Classe :

Date de la réponse :

Dossier complet – Dossier incomplet – Dossier non retrouvé.

En retour (1) Élève non inscrit à l'école indiquée.

Autres raisons de non-envoi :

(1) Encadrer les mentions utiles.

*Cet imprimé, une fois complété, doit être renvoyé avec le dossier médical.

.....
Je soussigné(e) : _____

Représentant légal(e) de l'élève : _____

Scolarisé à : _____

Donne mon accord au transfert de son dossier médico-scolaire à l'attention du Docteur ZILLOTTO en charge de l'établissement fréquenté actuellement.

Fait à :

Le :

Signature :

AUTORISATION D'INTERVENTION
EN CAS D'URGENCE
(Destinée à l'hôpital)

Je soussigné(e),

Nom, Prénom : _____

Demeurant :

Père, mère, tuteur (1)

De l'élève : _____

Autorise l'administration du lycée à prendre toutes mesures utiles en cas d'urgence (transport, admission, anesthésie locale ou générale si besoin était) pour une hospitalisation et déclare que cette autorisation est valable pour toute la scolarité de l'élève.

A _____

Le _____

Signature

Votre enfant :

Nom..... Prénom.....

Date de naissance Classe

Présente-t-il une :

Dyslexie : <input type="checkbox"/>	Dysorthographe : <input type="checkbox"/>	
Dysgraphie : <input type="checkbox"/>	Dyscalculie : <input type="checkbox"/>	Dyspraxie : <input type="checkbox"/>
Dysphasie : <input type="checkbox"/>	TDA : <input type="checkbox"/>	TDAH : <input type="checkbox"/>
Autre :		

Quand et par qui le trouble a-t-il été identifié par :

Un centre référent (CRTLA) : <input type="checkbox"/>	Un médecin : <input type="checkbox"/>
Un psychologue : <input type="checkbox"/>	Un orthophoniste : <input type="checkbox"/>
Un ergothérapeute : <input type="checkbox"/>	Autre (préciser) :

Quels ont été les suivis ?

- 1) **Suivi n°1 : Nom du professionnel :**
Fréquence : **Durée :**
- 2) **Suivi n° 2 : Nom du professionnel :**
Fréquence : **Durée :**

Quels sont les suivis actuellement ? (Copie du dernier bilan)

- 1) **Nom du professionnel :** **Fréquence :**
- 2) **Nom du professionnel :** **Fréquence :**

Quels aménagements ont été mis en place dans l'établissement scolaire précédant ? (JOINDRE UNE COPIE DU DOCUMENT)

PPRE : PAI : PAP : PPS : Autre :

Votre enfant bénéficie-t-il :

Un ordinateur portable ? (Joindre la notification MDPH)

D'un tiers temps ? D'une AVS ? Combien d'heure/semaine ?.....
 (Joindre les notifications MDPH)

D'aménagements particuliers ? Lesquels ?

D'un SESSAD ? Lequel ?.....

Quels aménagements obtenus aux examens (DNB, CAP, BAC...)?
 (Joindre le document)

Merci de remplir précisément ce questionnaire, indispensable pour le suivi scolaire de votre enfant. Même si vous (ou votre enfant) ne souhaitez plus d'aménagements.

L'infirmière, Béatrice MONGELLAZ

NOTE EXPLICATIVE

Numéro de Sécurité Sociale

Madame, Monsieur,

Lors de son inscription au lycée ECA, il vous est remis une fiche de santé à remplir en insistant sur le numéro de sécurité social (ou INSEE) de votre enfant ainsi que sa vaccination.

1 – NUMERO D'IMMATRICULATION PERSONNEL DE L'ENFANT

Un accident subi par un élève dans un établissement scolaire professionnel, suivant sa gravité, donne lieu à une déclaration d'accident de travail « élève » auprès de la CPAM.

Cette déclaration se fait uniquement par internet et nécessite le numéro personnel de votre enfant.

Pour l'obtenir :

- Soit votre enfant a déjà sa carte vitale, dans ce cas, veuillez noter son numéro sur la fiche santé.
- Soit sa carte est demandée mais pas reçue ou **il a moins de 16 ans**, dans ce cas l'assuré de l'enfant doit demander rapidement auprès de son organisme de sante (CPAM (Améli) ou MSA ...) une attestation de droit à l'assurance maladie sur lequel apparaîtra le nom et le numéro d'immatriculation de l'enfant. Veuillez me faire parvenir ce numéro. Cela concerne tous les enfants nés en France .Aucun frais engagés et votre enfant reste votre ayant droit.

2 – VACCINATION D.T. POLIO, indispensable.

Pour être à jour, un rappel de cette vaccination doit être effectué entre les 11 et 13 ans de l'enfant. Veuillez vérifier sur le carnet de vaccinations. Si le rappel n'est pas fait, je vous demande de consulter votre médecin traitant pour l'effectuer au plus vite.

Je vous remercie de me faire parvenir une copie de toutes les vaccinations.

Recevez, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

L'infirmière scolaire ECA
Béatrice MONGELLAZ