

# DOSSIER D'INSCRIPTION GRETA Lorraine Nord UFA Robert Schuman

## Année Scolaire 2022-2023

Nom : ..... Prénom : .....

### Formation Préparée :

- CAP Equipier Polyvalent du Commerce
- BAC PRO Assistance à la Gestion des Organisations et leurs Activités
- BAC PRO Métiers du Commerce et de la Vente (option A) Commerce
  
- BTS Assurances
- BTS Comptabilité Gestion
- BTS Gestion de la PME
- BTS Management Commercial Opérationnel
- BTS Négociation Digitalisation Relations Clients
- BTS Professions Immobilières
- BTS Services Informatiques aux Organisations :  SISR  SLAM
- BTS Services et Prestations des Secteurs Sanitaire et Social
- BTS Support Action Managériale
- BTS Tourisme
  
- Diplôme Comptabilité Gestion
- Diplôme Supérieur Comptabilité Gestion
  
- Titre Professionnel Ressources Humaines

### **Documents à fournir obligatoirement :**

- Certificat de fin de scolarité de votre ancien établissement scolaire
- Copie de tous les diplômes obtenus et copies des relevés de notes
- Copie recto-verso de la carte nationale d'identité (ou passeport, carte de séjour...)
- Copie de l'attestation JDC (Journée Défense Citoyenneté) ou de l'attestation de Recensement
- Relevé d'Identité Bancaire

**Le dossier d'inscription complet est à transmettre au Secrétariat Apprentissage (Bât. 1)**

**UFA Robert Schuman  
Service Apprentissage (Bât 1)  
4 rue Monseigneur Pelt  
BP 55130  
57070 METZ**

**Tél : 03.87.76.40.46 – Mail : [apprentissage@cfa-schuman.fr](mailto:apprentissage@cfa-schuman.fr)**

## FICHE RENSEIGNEMENTS APPRENTIS

M  Mme  Mlle

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ville : ..... Dépt : ..... Pays : .....

Mineur  Majeur  Nationalité : .....

N° Identifiant Elève : ..... (à demander à votre ancien établissement scolaire)

N° Carte JEUN'EST : .....

N° Sécurité Sociale : .....

### Adresse de l'apprenti(e) :

N° et Rue : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél Portable : ..... Tél Fixe : .....

E-mail : .....

### Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : ..... Prénom : .....

Lien avec l'apprenti : .....

N° et Rue : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél Portable : ..... Tél Fixe : .....

E-mail : .....

### **Apprenti Mineur (A REMPLIR OBLIGATOIREMENT PAR LE RESPONSABLE LEGAL)**

Nom et Prénom du Responsable Légal : .....

En qualité de : Mère  Père  Autre (à préciser) : .....

N° et Rue : .....

CP : ..... Ville : .....

Tél Portable : ..... Tél Fixe : .....

E-mail : .....

Je soussigné(e) ....., représentant légal

Autorise

N'autorise pas

L'apprenti(e)..... à quitter l'établissement en cas d'absence d'un formateur  
ou de changement d'emploi du temps.

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature :

## FORMATION & SCOLARITE

Que faisiez-vous en 2021-2022 (collégien, lycéen, étudiant, apprenti, stagiaire, salarié, sans emploi....) ?

.....  
.....

### Historique de votre scolarité

#### 2021-2022

Classe : ..... Etablissement : ..... Ville : .....

#### 2020-2021

Classe : ..... Etablissement : ..... Ville : .....

#### 2019-2020

Classe : ..... Etablissement : ..... Ville : .....

#### 2018-2019

Classe : ..... Etablissement : ..... Ville : .....

#### 2017-2018

Classe : ..... Etablissement : ..... Ville : .....

**DERNIER DIPLOME OBTENU :** .....

**DIPLOME LE PLUS ELEVE OBTENU :** .....

### Langues Vivantes

**Uniquement pour les BTS SAM** (merci de cocher LV 1 & LV 2) :

Anglais LV 1  LV 2  Espagnol LV 1  LV 2   
Allemand LV 1  LV 2  Italien LV 1  LV 2

**Uniquement pour les BTS TOUR** (merci de cocher LV 2 – Anglais obligatoire LV 1) :

Allemand  Espagnol  Italien

**Uniquement pour les BAC PRO** (merci de cocher LV 2 – Anglais obligatoire LV 1) :

Espagnol  Italien

*(Pour information, anglais obligatoire pour toutes nos autres formations)*

## FICHE RENSEIGNEMENTS ENTREPRISE

Nom & Prénom de l'apprenti(e) : .....

Formation : .....

### Lieu de travail de l'Apprenti(e) et du Maître d'Apprentissage :

Raison sociale de l'entreprise : .....

N° ..... Rue : .....

Complément adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Nom et Prénom du Maître d'Apprentissage : .....

Portable : ..... Fixe : .....

### MENTION OBLIGATOIRE

E-mail Maître d'Apprentissage : .....

### Renseignements Généraux Entreprise

Raison sociale de l'entreprise : .....

N° ..... Rue : .....

Complément adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Nom et Prénom du Responsable de l'Entreprise : .....

### MENTIONS OBLIGATOIRES

E-mail Entreprise : .....

Siret Entreprise : .....

Code NAF Entreprise : .....

Code IDCC Entreprise (identifiant de la Convention Collective) : .....

OPCO de rattachement de l'entreprise : .....

## AUTORISATION DE DIFFUSION DE PHOTOGRAPHIES D'APPRENTIS SUR LE SITE INTERNET ET LA PAGE FACEBOOK DE L'ETABLISSEMENT

**Nom et Adresse de l'établissement : UFA Robert SCHUMAN 4, rue Monseigneur Pelt 57070 METZ**

Durant l'année scolaire 2022-2023, vous pouvez être amené(e) à être pris(e) en photo dans le cadre de diverses manifestations ou actions à but pédagogique concernant l'UFA Robert SCHUMAN (en lien avec la formation dispensée en centre de formation). Cette ou ces photos seront éventuellement accompagnées d'une légende ne rendant aucunement identifiables les personnes y figurant. Cependant, sans accord de votre part, la ou les photos feraient l'objet d'un floutage des traits du visage par un logiciel de retouche d'images de manière à le rendre totalement impossible à identifier.

Nous vous remercions de nous confirmer votre approbation sur l'utilisation de cette ou ces photos en complétant les informations ci-dessous.

---

Je soussigné(e) .....  
de la classe de .....

- Autorise la publication sur le site Internet et la page Facebook de **L'UFA Robert Schuman**
- accessible à l'adresse suivante : <https://www.cfa-schuman.fr>
  - J'ai bien noté que je peux à tout moment faire retirer cette ou ces photographies du site internet en m'adressant à **la vie scolaire du centre de formation**
- N'autorise pas la publication sur le site Internet et la page Facebook de **L'UFA Robert Schuman**

A ..... le .....

Signature :  
(précédée de la mention "**lu et approuvé, bon pour accord**")

(Signature du représentant légal pour les apprentis(es) mineurs(es))

## FICHE D'URGENCE

Nom de l'apprenti(e) ..... Prénom .....

Date de naissance ..... Classe .....

En cas d'accident de travail d'un(e) apprenti(e) pendant sa présence obligatoire en cours, le centre de formation prévient directement son employeur ainsi que son responsable légal si celui-ci est mineur.

Il appartient ensuite à l'employeur de faire les déclarations réglementaires. Le centre de formation lui fournira alors les éléments nécessaires à l'établissement du document officiel.

### Coordonnées du responsable légal ou de la Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom – Prénom .....

Adresse .....

CP - Ville.....

Téléphone fixe ..... Portable .....

Email : .....

### Employeur/Maître d'apprentissage :

Nom .....

Entreprise : .....

Téléphone fixe ..... Portable .....

Email : .....

Le centre de formation se dégage de toute responsabilité si les numéros de téléphone sont modifiés sans qu'il en soit fait état au secrétariat de l'apprentissage.

Dossier médical : merci de porter à la connaissance du centre de formation toute information pouvant concerner des soins particuliers à apporter à l'apprenti(e) (maladies, handicap, allergies, traitement...) :

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

**SIGNATURE** de l'Apprenti(e) ou du représentant légal (si apprenti(e) mineur(e))

## FICHE D'INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

**Si vous souhaitez porter à notre connaissance un trouble ou une pathologie particulière :**  
Merci de retourner la présente fiche accompagnée des pièces administratives, sous pli confidentiel,  
à l'attention de **M. WARY Olivier –Réfèrent Handicap**

**A RECEPTION DES DOCUMENTS, LE REFERENT HANDICAP PRENDRA CONTACT AVEC VOUS.**

Nom & Prénom de l'apprenti(e) :

Formation :

### VOUS SOUHAITEZ NOUS INFORMER D'UNE SITUATION PARTICULIÈRE QUI CONCERNE :

- Une Pathologie Chronique
- Une Déficience intellectuelle
- Un Trouble moteur
- Un Trouble psychique
- Un Trouble auditif
- Un Trouble visuel
- Un Trouble du spectre autistique
- Un Trouble Spécifique du Langage et des Apprentissages (Troubles DYS / TDA / TDAH)
- Autre (préciser) :

### VOUS SOUHAITEZ FAIRE UNE DEMANDE D'AMÉNAGEMENTS D'ÉPREUVES AUX EXAMENS :

**Selon votre situation, merci de joindre à ce dossier les pièces administratives nécessaires à la demande d'aménagements aux examens :**

- La copie de la RQTH en cours de validité le cas échéant.
- La copie des précédentes mesures d'aménagements
- Tout justificatif médical attestant d'un besoin d'aménagement particulier :
  - Bilan orthophonique normé datant de moins de 2 ans
  - Bilan audiométrique.
  - Bilan ophtalmologique.
  - Bilan psychométrique.
  - Bilan psychomoteur ou ergothérapique.

### RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

Avez-vous été suivi par la MDPH ?  OUI  NON

Un PPS, PAP ou PAI a-t-il été mis en place lors de la scolarité antérieure ?  NON  PPS  PAP  PAI

Avez-vous déjà bénéficié d'aménagements d'épreuves d'examen ?  OUI  NON

Pour quel examen ou concours : ..... Pour quelle année scolaire : .....

Le représentant légal (Nom et prénom) .....

L'apprenti-e (Nom et prénom) .....

Date : ..... Signature : .....