

DOSSIER D'INSCRIPTION

GRETA Lorraine Nord UFA Robert Schuman Année Scolaire 2025-2026

Nom : Prénom :

Formation Préparée :

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CAP EPC | <input type="checkbox"/> BAC PRO AGORA | <input type="checkbox"/> BAC PRO MCV option A (Commerce) |
| <input type="checkbox"/> BTS Assurances | <input type="checkbox"/> BTS Professions Immobilières | |
| <input type="checkbox"/> BTS Communication | <input type="checkbox"/> BTS Services Informatiques aux Organisations | |
| <input type="checkbox"/> BTS Comptabilité Gestion | <input type="checkbox"/> BTS Services et Prestations des Secteurs Sanitaire et Social | |
| <input type="checkbox"/> BTS Gestion de la PME | <input type="checkbox"/> BTS Support Action Managériale | |
| <input type="checkbox"/> BTS Management Commercial Opérationnel | <input type="checkbox"/> BTS Tourisme | |
| <input type="checkbox"/> BTS Négociation Digitalisation Relations Clients | | |
| <input type="checkbox"/> Diplôme Comptabilité Gestion | <input type="checkbox"/> Diplôme Supérieur Comptabilité Gestion | |
| <input type="checkbox"/> Certificat Spécialisation AG2S (Animation et Gestion des Projets dans le Secteur Sportif) | | |
| <input type="checkbox"/> Titre Professionnel Assistant Ressources Humaines | | |
| <input type="checkbox"/> Titre Professionnel Gestionnaire Paie | | |

Documents à fournir obligatoirement lors du dépôt du dossier :

Sans un dossier complet, nous ne pourrons valider votre inscription au sein de notre établissement

- Contrat Apprentissage complété et Signé**
- Certificat de fin de scolarité** de votre ancien établissement scolaire
- Copie de tous les **diplômes obtenus** et copies des **relevés de notes des résultats** aux examens
- 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**
- Copie de l'**Attestation de Droits à l'Assurance Maladie** (CPAM)

UFA Robert Schuman
Service Apprentissage (Bât 1)
4 rue Monseigneur Pelt
BP 55130
57070 METZ
Tél : 03.87.76.40.46

Mail : fabienne.morel1@ac-nancy-metz.fr / stephanie.diaz@ac-nancy-metz.fr

FICHE RENSEIGNEMENTS APPRENTIS

M Mme Nom : Prénom :
Né(e) le : Nationalité :
Ville, Département et Pays de Naissance :

N° Identifiant Elève (BEA ou INE) : _____ (à demander à votre ancien établissement scolaire)
N° Sécurité Sociale : _____

Adresse de l'apprenti(e) :

N° et Rue :
CP : Ville :
Tél Portable : Tél Fixe :
E-mail OBLIGATOIRE :

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :
Lien avec l'apprenti :
N° et Rue :
CP : Ville :
Tél Portable : Tél Fixe :
E-mail OBLIGATOIRE :

Pour les Apprentis mineurs (à remplir par le responsable légal) :

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 OBLIGATOIRE :

Autorisez-vous l'apprenti(e) à quitter l'établissement en cas d'absence d'un formateur ou de changement d'emploi du temps :
Oui Non

Autorisez-vous la publication des photos de l'apprenti(e) sur le site Internet et les réseaux sociaux de l'UFA Schuman :
Oui Non

Pour les Apprentis majeurs :

Autorisez-vous la publication de vos photos sur le site Internet et les réseaux sociaux de l'UFA Schuman :
Oui Non

Date et Signature de l'Apprenti(e) ou de son Responsable Légal :

VOTRE SCOLARITE

Que faisiez-vous l'année dernière (2024-2025) ? (collégien, lycéen, étudiant, apprenti, stagiaire, salarié, sans emploi...)

Avez déjà été en apprentissage avant ce contrat ? Oui Non (Si oui, merci de joindre une copie des contrats précédents)

Nom et Ville du dernier établissement scolaire fréquenté avant l'UFA Schuman :

Historique de votre scolarité

2024-2025

Nom Diplôme : Nom Classe :

Formation en Initiale (lycée, collège...) Formation en Apprentissage

Etablissement : Ville :

2023-2024

Nom Diplôme : Nom Classe :

Formation en Initiale (lycée, collège...) Formation en Apprentissage

Etablissement : Ville :

2022-2023

Nom Diplôme : Nom Classe :

Formation en Initiale (lycée, collège...) Formation en Apprentissage

Etablissement : Ville :

Vos Diplômes :

Nom précis du **Dernier Diplôme** Obtenu :

Nom précis du **Diplôme Le Plus Elevé** Obtenu :

Langues Vivantes

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

Allemand

Espagnol

Italien

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

Espagnol

Italien

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

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...) :

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

DATE ET SIGNATURE de l'Apprenti(e) ou de son Représentant Légal

FICHE RENSEIGNEMENTS ENTREPRISE

Nom & Prénom de l'apprenti(e) :

Formation :

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

Raison sociale de l'entreprise :

N° et Rue :

Complément adresse :

CP : Ville :

Nom et Prénom du Maitre d'Apprentissage :

Tél Portable : Tél Fixe :

E-mail Maitre d'Apprentissage :

Renseignements Entreprise :

Raison sociale de l'entreprise :

N° et Rue :

Complément adresse :

CP : Ville :

Téléphone :

E-mail Entreprise :

Nom et Prénom du Responsable de l'Entreprise :

Siret Entreprise :

Code **NAF** Entreprise :

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

OPCO de rattachement de l'entreprise :

Votre entrée en apprentissage en quelques questions...

Afin de mieux vous connaître et dans la cadre d'une démarche qualité, nous vous remercions de répondre aux questions suivantes.

Nom : Prénom :

Formation :

- ✓ Comment avez-vous trouvé votre employeur ?
 - Par vos propres moyens
 - Par l'intermédiaire de l'UFA Robert SCHUMAN
 - Autre, merci de préciser :

- ✓ Avez-vous eu connaissance du Portail de Candidature en ligne sur le site de l'UFA ?
 - Oui
 - Non

- ✓ Avez-vous été mis en relation avec des employeurs par l'intermédiaire de l'UFA Schuman ?
 - Oui
 - Non

- ✓ Avez-vous été en contact avec l'UFA Schuman avant la signature du votre contrat ?
 - Oui
 - Non

- ✓ Lors de l'année scolaire précédente, avez-vous participé à un ou plusieurs événements suivants ?
 - Journée Portes Ouvertes de l'UFA Schuman
 - Forum de recrutement de l'UFA Schuman
 - Réunion d'information de l'UFA Schuman

- ✓ Avant la signature de votre contrat d'apprentissage, avez-vous consulté :
 - Le site de l'UFA Schuman
 - Les réseaux Sociaux de l'UFA Schuman

- ✓ Avec combien d'employeurs avez-vous eu des entretiens avant la signature du votre contrat ?.....

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 –Référént 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 :
 - o Bilan orthophonique normé datant de moins de 2 ans
 - o Bilan audiométrique.
 - o Bilan ophtalmologique.
 - o Bilan psychométrique.
 - o 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 :