

Dossier d'inscription hébergement

Foyer des Jeunes Travailleurs

Ce dossier est à retourner complet au FJT au moins 8 jours avant l'entrée en formation.

Les dossiers incomplets ne seront pas pris en compte.

Merci de remplir ce dossier avec attention, il nous aidera dans l'accompagnement proposé du jeune et facilitera nos relations avec le jeune et son entourage le cas échéant.

Nous (je) soussigné(e)s.....

Père, mère, tuteur légal ou apprenti(e) jeune majeur (*)

Demandons l'inscription pour l'hébergement au Foyer des Jeunes travailleurs VARANGOT pour

Nom :.....Prénom :..... durant son apprentissage à

l'Institut de Formation de l'Artisanat de Saint Malo pour l'année 2009/2010.

Formation suivie :.....Section :.....

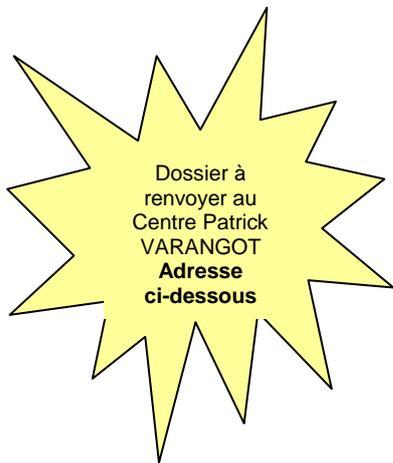
Année : 1^{ère} 2^{ème} 3^{ème}

Date d'entrée en formation :...../...../.....

Déclarons avoir lu le règlement intérieur du Foyer des jeunes travailleurs et l'acceptons sans réserve.

Autorisons dans le cadre des activités de l'établissement à photographier l'apprenti(e) individuellement ou en groupe, sur le site Intranet, Internet et plaquette de l'établissement.

Autorisons la participation aux animations du centre (activités physiques sportives et culturelles)



Documents à nous renvoyer :

- Photocopie du livret de famille ou carte d'identité
- Attestation sécurité sociale
- Attestation Mutuelle complémentaire santé
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- 1 photo d'identité récente
- Photocopie du carnet de vaccinations
- Demande d'inscription remplie et signée
- Fiche individuelle remplie
- Fiche médicale remplie et signée



Signature des parents

Signature de l'apprenti(e)

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Centre Patrick Varangot

37 avenue du R.P. Umbricht
BP 108
35407 Saint-Malo cedex

T. (33) 02.99.40.29.80

F. (33) 02.99.40.29.02

M. fjt@centrevarangot.com

W. www.centrevarangot.com

SIRET 77776950600018 – APE 5590Z

(*)(Rayer les mentions inutiles)

FICHE INDIVIDUELLE - ANNÉE SCOLAIRE 2009/2010

INFORMATION CONCERNANT L'APPRENTI(E)

Photo
(Obligatoire)

Nom:.....
Prénom:.....
Date de naissance: Lieu :.....
Nationalité:.....
Tél. portable (Apprenti (e)) :/...../...../.....
E-mail (Apprenti (e)):.....
Diplôme :.....
Section :
Nom et adresse de l'employeur:
.....
.....
Tél. trav. (Employeur) :/...../...../.....

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

SITUATION FAMILIALE (Des parents)

Marié(e)/Vit maritalement Divorcé(e)/Séparé(e) Veuf(ve) _

En cas de séparation, adresse de l'autre parent:
.....

RESPONSABLE LEGAL

Père/Mère Père seul Mère seule Autre (préciser)

RESPONSABLE PAYEUR

Père/Mère Père seul Mère seule Autre (préciser)

Coordonnées du Père:

Nom:.....
Prénom:.....
Adresse :
.....
Profession:.....
Tél. domicile :/...../...../.....
Tél. trav. :/...../...../.....
Tél. portable :/...../...../.....
E-mail :.....

Coordonnées de la Mère (si différentes du père):

Nom:.....
Prénom:.....
Adresse :.....
.....
Profession:.....
Tél. domicile :/...../...../.....
Tél. trav.:/...../...../.....
Tél. portable:/...../...../.....

Coordonnées du tuteur légal:

Nom:.....
Prénom:.....
Adresse :.....
.....
Profession:.....
Tél. domicile :/...../...../.....
Tél. trav. :/...../...../.....
Tél. portable :/...../...../.....
E-mail :.....

Le jeune est-il suivi par une institution spécialisée (éducateur spécialisé)?

Oui Non

Si oui, précisez:

Nom de la structure :.....
Adresse :.....
Tel :/...../...../.....
Contact : Mr ou Mme.....

Composition de la famille:

Nombre de frère(s) Âge :..... Nombre de demi frère(s) Âge :.....
Nombre de sœur(s) Âge :..... Nombre de demi sœur(s) Âge :.....

Transport

Moyen de transport de votre domicile à Sant Malo :
.....

Nombre de kilomètre (aller) :.....

Trajet de (ville domicile).....à Saint Malo (Afin de créer un système de covoiturage)

Moyen de transport de l'Institut de Formation de Saint Malo au Foyer des jeunes travailleurs à Saint Malo :
.....

Arrivera le dimanche soir au Centre Varangot oui non

FICHE MÉDICALE

Nom:.....
Prénom:.....
Date de naissance:à :.....
Nationalité:.....
Caisse de Sécurité Sociale (CPAM Ville) :
Numéro de Sécurité Sociale:
Complémentaire maladie :.....
Nom du médecin de famille : N° de téléphone :/...../...../...../.....

Quel est le groupe sanguin de l'apprenti (e)?
et Rhésus :.....

Indiquez les difficultés de santé en précisant les dates:
 (Maladies, accidents, allergies, opérations...)
 -.....Date:.....
 -.....Date:.....
 -.....Date:.....

Allergie ? Oui Non Si oui ? Précisez:

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.
 Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone.

Autorisation d'intervention chirurgicale

Je, soussigné, :.....
 Père - Mère - Tuteur légal - de l'apprenti(e) :

Autorise les responsables de l'établissement P.VARNAGOT à prendre toute mesure et à avoir recours à l'hospitalisation en cas de nécessité, dans l'établissement le mieux adapté qu'il soit Public ou Privé.

Fait à, le.....



Signature des parents (tuteur légal)

Signature de l'apprenti(e)

Précédée de la mention « lu et approuvé »

Centre Patrick Varangot

37 avenue du R.P. Umbricht
 BP 108
 35407 Saint-Malo cedex

T. (33) 02.99.40.29.80

F. (33) 02.99.40.29.02

M. fjt@centrevarangot.com

W. www.centrevarangot.com

SIRET 77776950600018 – APE 5590Z

