



L'INSCRIPTION A L'ICEP SERA
DEFINITIVE A RECEPTION DE
L'ACCORD DE PRISE EN CHARGE DE
L'OPERATEUR DE COMPETENCES

FILIERE COMMERCE/FLEURISTERIE

Diplôme souhaité : _____

FILIERE RESTAURATION

Diplôme souhaité : _____

*Toutes nos formations sont accessibles aux
personnes en situation de handicap*

Documents à **rapporter** avec ce dossier :

- CV et LETTRE DE MOTIVATION**
- La photocopie recto/verso de la **CARTE D'IDENTITE**
- La photocopie de la **CARTE VITALE DU JEUNE** et son **ATTESTATION (OBLIGATOIRE A PARTIR DE 16 ANS)** ou celle des parents si le jeune a moins de 16 ans
- La photocopie de la **CARTE DE MUTUELLE** ou de **CMU (couverture médicale universelle)**
- La photocopie du **RECENSEMENT** ou **JOURNEE d'APPEL** si c'est fait (**obligatoire a partir de 16 ans**)
- La photocopie **DES RELEVES DE NOTES** des 2 dernières années
- La photocopie du **RELEVÉ DE NOTES DU DIPLOME DEJA OBTENU** (sauf Brevet des Collèges)
- Un **certificat médical en cas de dispense d'Education Physique et Sportive**

JEUNE

NOM : _____ Prénom : _____ 2^{ème} prénom : _____

Sexe M F Date de naissance : ___ / ___ / ___ Ville de naissance : _____

N° Département Nationalité : française union européenne hors union

Pays : _____

N° de sécurité sociale :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dernier diplôme obtenu (fournir une copie) : _____

Lors des périodes en centre de formation, que ce soit durant les heures de cours, les inter-cours ou en dehors des heures de cours, l'ICEP se dégage de toute responsabilité en cas d'accident si un jeune quitte l'établissement sans autorisation.

JEUNE

Adresse du jeune :

CP : _____ VILLE : _____

☎ Fixe : ____/____/____/____/____ Portable : ____/____/____/____/____ Email : _____

REPRESENTANT LEGAL *(à remplir par tous, mineurs et majeurs – Utile en cas d'accident ou autre)*

Père Mère Tuteur Autre

NOM & Prénom : _____

Adresse si différente du jeune : _____

Tél domicile : ____/____/____/____/____

Tél travail : ____/____/____/____/____

Portable : ____/____/____/____/____

e-mail : _____

Père Mère Tuteur Autre

NOM & Prénom : _____

Adresse si différente du jeune : _____

Tél domicile : ____/____/____/____/____

Tél travail : ____/____/____/____/____

Portable : ____/____/____/____/____

e-mail : _____

Père Mère Tuteur Autre

NOM & Prénom : _____

Qualité : _____

Adresse si différente du jeune : _____

Tél domicile : ____/____/____/____/____

Tél travail : ____/____/____/____/____

Portable : ____/____/____/____/____

e-mail : _____



ENVOI DU COURRIER (pour les mineurs)

En cas de parents séparés, merci de nous transmettre les adresses des deux parents.

Les courriers et bulletins seront envoyés aux parents ou personnes autorisées. **Merci de nous faire parvenir toute décision de justice qui empêcherait l'envoi de ces courriers à l'un des parents.**

SITUATION L'ANNEE DERNIERE (2020-2021) :

Statut : Scolaire/Étudiant Apprenti Stagiaire contrat de pro. Demandeur d'emploi Salarié

Autre.....

Classe fréquentée (précisez si générale, technique, SEGPA....) :

Type d'établissement : Collège MFR Lycée Lycée pro. IUT Université CFA

Autre :

Nom et département de l'établissement :

QUELLE ETAIT VOTRE SITUATION AVANT VOTRE PREMIER CONTRAT D'APPRENTISSAGE

(à compléter si vous avez déjà été apprenti)

Statut : Scolaire/Étudiant Stagiaire contrat de pro. Demandeur d'emploi Salarié

Autre.....

Classe fréquentée (précisez si générale, technique, SEGPA....) :

Type d'établissement : Collège MFR Lycée Lycée pro. IUT Université CFA

Autre :

Nom et département de l'établissement :

HEBERGEMENT RESTAURATION

RESTAURATION : Les jeunes ont la possibilité de prendre leurs repas du midi et du soir au CROUS.

HEBERGEMENT : Les jeunes peuvent être logés au foyer logement du CIFAC. (cf. document annexe)

ATTENTION, le choix de l'hébergement est définitif pour toute l'année :

Souhaitez-vous être hébergé au CIFAC ?

OUI NON

Si oui, un courrier vous sera envoyé afin de valider l'inscription au Foyer logement.

Comment avez-vous eu connaissance de l'existence de l'ICEP ?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Information par un conseiller d'orientation | <input type="checkbox"/> 6. Journée du Lycéen | <input type="checkbox"/> 12. Salon de l'étudiant et des métiers |
| <input type="checkbox"/> 2. Forum métiers/emplois | <input type="checkbox"/> 7. Portes ouvertes à l'ICEP | <input type="checkbox"/> 13. Réseaux sociaux |
| <input type="checkbox"/> 3. Par le Collège | <input type="checkbox"/> 8. Visite de l'ICEP | <input type="checkbox"/> 14. Par le Maître d'Apprentissage |
| <input type="checkbox"/> 4. Mini-stages à l'ICEP | <input type="checkbox"/> 9. Visite d'un autre Centre de Formation | <input type="checkbox"/> 15. Relations personnelles |
| <input type="checkbox"/> 5. Nuit de l'Orientation | <input type="checkbox"/> 10. Mission locale | <input type="checkbox"/> 16. Site Parcoursup |
| | <input type="checkbox"/> 11. Site Internet | <input type="checkbox"/> 17. Autres _____ |

FICHE MEDICALE

NOM DE VOTRE MEDECIN HABITUEL :

ADRESSE : ☎ : ____/____/____/____/____

Si allergies ou autres recommandations médicales, veuillez préciser :

.....
.....

A remplir par les parents ou le représentant légal du jeune mineur :

Je, soussigné(e) M (nom et prénom) mère, père, représentant légal (1) de autorise les médecins du **Centre Hospitalier Régional et Universitaire** de CAEN, Côte de Nacre, à pratiquer tous soins, interventions, actes chirurgicaux et anesthésies, nécessités par l'état de santé de

Fait à, le **Signature**

Indispensable : joindre la copie de la carte vitale et de la mutuelle du jeune

(1) *Rayer la mention inutile*

Si Dispense définitive d'Education Physique et Sportive :

Joindre obligatoirement un certificat médical pour l'année 2021-2022

Avez-vous une reconnaissance RQTH (travailleur handicapé) : Oui Non

Référent handicap ICEP : Mr TATOUE Camille : ctatoue@caen.cci.fr / 02 31 46 75 66

AUTORISATION DE SORTIE PEDAGOGIQUE (à remplir pour tous les jeunes mineurs) :

Je soussigné(e) agissant en qualité de père, mère, tuteur (1)
autorise / n'autorise pas (1) notre enfant à participer à
toutes sorties pédagogiques organisées à l'extérieur par l'ICEP AVEC ou SANS hébergement.

Durée de validité de cette autorisation : 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} année de formation à l'ICEP

(1) *Rayer la mention inutile*

AUTORISATION DE PRISE DE VUE (PHOTO) et PRISE SONORE :

A l'occasion de manifestations, activités ou sorties pédagogiques organisées par l'ICEP à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, l'ICEP peut être amené à effectuer des prises de vue et à les utiliser pour l'illustration de ses supports de communication écrits sur papiers et/ou informatiques, électroniques et audio visuels ainsi que les annonces presse et les réseaux sociaux.

Cette autorisation est valable sans limitation de durée. Cette prestation n'étant pas rémunérée, je m'engage à ne pas demander un quelconque paiement à l'ICEP.

JEUNE MINEUR	JEUNE MAJEUR
Je soussigné(e) agissant en qualité de père, mère, tuteur (1) - autorise, - n'autorise pas (1) l'ICEP à effectuer des prises de vue et des prises sonores de mon fils, ma fille (1) : (NOM Prénom du jeune) et à les utiliser.	Je soussigné(e) - autorise, - n'autorise pas (1) l'ICEP à effectuer des prises de vue et des prises sonores de ma personne et à les utiliser.

(1) *Rayer la mention inutile*

Je, soussigné(e) M.....
atteste avoir pris connaissance de toutes ces informations

Le.....

**Signature du représentant légal ou
de l'apprenant majeur :**