



## DOSSIER D'INSCRIPTION Année 20..... / 20.....

Nom: ..... Prénom: .....

### Je choisis ma formation



#### AÉRONAUTIQUE

- SECONDE - BAC 1 / 3 AÉRO
- PREMIÈRE - BAC 2 / 3 AÉRO
- TERMINALE - BAC 3 / 3 AÉRO
- BAC PRO EN 1 AN - TERMINALE AÉRO

MENTION COMPLÉMENTAIRE AÉRO

### Je choisis ma spécialité

- BAC PRO AÉRONAUTIQUE - OPTION SYSTEMES
- BAC PRO AÉRONAUTIQUE - OPTION AVIONIQUE

MENTION COMPLÉMENTAIRE - AÉRONAUTIQUE AVIONIQUE

MENTION COMPLÉMENTAIRE AÉRONAUTIQUE  
- AVION MOTEUR À PISTONS (AMP)

MENTION COMPLÉMENTAIRE AÉRONAUTIQUE  
- AVION MOTEUR À TURBINE (AMT)

MENTION COMPLÉMENTAIRE AÉRONAUTIQUE  
- HÉLICOPTÈRE MOTEUR À TURBINE (HMT)



#### AUTOMOBILE

- BAC PRO EN 1 AN - TERMINALE AUTO
- BTS AUTOMOBILE



Ce dossier nous permet de proposer votre candidature en cas de contacts avec des professionnels désireux d'accueillir un apprenti à la rentrée.

Il peut être rempli sous forme électronique au format PDF et nous être retourné à l'adresse mail suivante : [mfr.imaa@mfr.asso.fr](mailto:mfr.imaa@mfr.asso.fr)

Êtes-vous prêt à accepter un contrat d'apprentissage  Oui  Non  
dans une région différente de la vôtre ?

Si oui, de préférence dans quelle(s) région(s) ? Précisez : .....

## APPRENTI

Nom .....

Prénoms .....

Date de naissance ..... Nationalité .....

Lieu de naissance .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Tél. portable .....

E-mail .....

Numéro de sécurité sociale .....

NUMÉRO **INE** OBLIGATOIRE\* (Identifiant national élève) .....

N° .....

*\*À demander au dernier établissement scolaire fréquenté*

Avez-vous une reconnaissance handicap ?  Oui  Non

Avez-vous un aménagement d'épreuves ?  Oui  Non



## PÈRE

Nom .....

Prénoms .....

Date de naissance ..... Nationalité .....

Lieu de naissance .....

Adresse .....

Code Postal .....

Tél. portable ..... Ville .....

E-mail ..... Tél .....

Profession .....

## MÈRE

Nom .....

Prénoms .....

Date de naissance ..... Nationalité .....

Lieu de naissance .....

Adresse .....

Code Postal .....

Tél. portable ..... Ville .....

E-mail ..... Tél .....

Profession .....

## REPRÉSENTANT OU TUTEUR LÉGAL ( Hors père et mère )

Nom .....

Prénoms .....

Date de naissance ..... Nationalité .....

Lieu de naissance .....

Adresse .....

Code Postal .....

Tél. portable ..... Ville .....

E-mail ..... Tél .....





Nom	Prénoms	Né(e) le	
Portez-vous des lunettes ou des lentilles ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Avez-vous des problèmes d'audition ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Avez-vous eu les maladies suivantes ? <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Mononucléose <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Hépatite virale <input type="checkbox"/> Rhumatismes articulaires aigus <input type="checkbox"/> Autre : .....			
Avez-vous subi des interventions chirurgicales ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquelles ? .....			
Avez-vous subi d'autres problèmes particuliers ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels ? ..... <input type="checkbox"/> Asthme <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Troubles du comportement <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Albumine <input type="checkbox"/> Dyslexie <input type="checkbox"/> Problèmes cardiaques <input type="checkbox"/> Tétanie <input type="checkbox"/> Problèmes de dos Accidents ou autres : .....			
Avez-vous actuellement des problèmes de santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels ? .....			
Présentez-vous une ou des allergies ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquels ? .....			
Médecin traitant :	Nom	Adresse	Téléphone
	.....	.....	.....
	.....	.....	.....



## PIÈCES À FOURNIR

Merci de joindre à votre demande d'inscription les documents suivants :

- Un Curriculum Vitae (C.V.)
- Une Lettre de motivation
- Photocopie des bulletins scolaires de l'année scolaire en cours
- Photocopie des bulletins scolaires de l'année scolaire précédente
- Photocopie des Diplômes obtenus
- Photocopie du recensement JAPD (obligatoire pour l'inscription aux examens)
- Photocopie des demandes d'aménagement d'épreuves et des bilans (orthophonie, ergothérapeute ou autres)
- Si vous étiez en contrat d'apprentissage, photocopie du dernier contrat d'apprentissage
- Accord de prise en charge délivré par l'opérateur de compétences (OPCO) pour les contrats d'apprentissage (à demander à l'établissement scolaire fréquenté ou à l'employeur)

**Tout dossier incomplet ne sera pas traité.**

# MFR IMAA

CONSTRUIRE ENSEMBLE UN AVENIR QUI VOUS RESSEMBLE



 04 50 44 15 11

 /mfr.ima.asso.fr



 [www.mfr-ima.fr](http://www.mfr-ima.fr)

 [mfr.ima@mfr.asso.fr](mailto:mfr.ima@mfr.asso.fr)