

..... / .....

**NOM :** .....

**PRÉNOM :** .....

Date de dépôt  
du dossier : .....



# DOSSIER D'INSCRIPTION

## DOCUMENTS À FOURNIR

Contrat de scolarisation	
Fiche infirmière	
Attestation d'assurance maladie (CPAM)	
Photocopie de la carte d'identité et de la carte Vitale	
Autorisation de droit à l'image	
Autorisation de transport exceptionnel	
Copie des derniers bulletins scolaires	
Avis médical et Carnet de vaccination	
Règlement de 150€	



## NOS PARTENAIRES



Ce projet est cofinancé par l'Union européenne avec le Fonds Social Européen (FSE)

PAS-DE-CALAIS ACTIF

Région Hauts-de-France



faire pour  
apprendre

## Informations élève

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse (n°, rue) : \_\_\_\_\_

Adresse complément : \_\_\_\_\_

*Ex. : lieu dit, résidence, bâtiment, appart...*

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Tél. fixe : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Tél. portable : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

I.N.E. : \_\_\_\_\_

*Identifiant National Education. Ce numéro figure sur vos bulletins scolaires. Il peut également être obtenu en interrogeant votre établissement d'origine.*

Nationalité : \_\_\_\_\_

Date, lieu et département de naissance : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ à \_\_\_\_\_

### **Dernier établissement et dernière classe fréquentés :**

Dernière classe fréquentée : \_\_\_\_\_

Nom de l'établissement scolaire : \_\_\_\_\_

Ville de l'établissement : \_\_\_\_\_

### **Intitulé des diplômes obtenus et leur date d'obtention :**

\_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE :**

	<b>RESPONSABLE LEGAL</b>	<b>AUTRE RESPONSABLE</b>
Nom	.....	.....
Nom de jeune fille	.....	.....
Prénom	.....	.....
Qualité	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur
Adresse	.....	.....
CP et Ville	.....	.....
Téléphone	.....	.....
Portable	.....	.....
Adresse mail	.....@.....	.....@.....
Profession	.....	.....
Employeur	.....Code Profession.....	.....Code Profession.....
Adresse	.....	.....
Téléphone Travail	.....	.....

**SITUATION FAMILIALE DES PARENTS :**

- Mariés     Pacsés     Vie Maritale     Célibataire     Séparés     Divorcés     Veuf (ve)

**FRERE(S) ET SŒUR (S) DE L'ELEVE :**

Nom et Prénom	Date de Naissance	Etablissement Fréquenté Profession
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**Statut au moment de la candidature :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Scolaire                                  | <input type="checkbox"/> Parcours d'initiation aux métiers (apprenti junior) |
| <input type="checkbox"/> Universitaire                             | <input type="checkbox"/> Contrat d'apprentissage                             |
| <input type="checkbox"/> Contrat de professionnalisation           | <input type="checkbox"/> Contrat aidés                                       |
| <input type="checkbox"/> Stagiaire de la formation professionnelle | <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi inscrit ou non au Pôle Emploi    |
| <input type="checkbox"/> Salarié (y compris temporaire)            | <input type="checkbox"/> Inactivité  |
| <input type="checkbox"/> Autre                                     |  |



faire pour  
apprendre

## CONTRAT DE SCOLARISATION

M. ou Mme ..... agissant en qualité de représentants légaux de ..... déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'EP2B - Ecole de Production de Béthune-Bruay et l'accepte sans réserve.

L'établissement EP2B, représenté par son Directeur, M. Nicolas GONTIER, s'engage sous réserve d'acceptation du dossier à assurer sa scolarisation en CAP CIP (Conducteur d'Installations de Production).

Une période d'essai de 1 mois débutera dès le premier jour de scolarité. Cette période doit permettre à l'élève de conforter son choix d'orientation et à l'équipe d'encadrement de valider que la motivation et le comportement de l'élève sont effectivement en adéquation avec le niveau d'exigence de l'école qui a pour ambition de dispenser une formation d'excellence en vue d'assurer sa prochaine insertion et sa réussite professionnelle.

A cet effet, plusieurs stages en immersion en entreprises sont prévus (5 semaines au total) durant lesquels l'élève devra démontrer une attitude professionnelle.

L'école se réserve le droit de mettre fin à la scolarisation de l'élève en cours d'année, même en dehors de la période d'essai, si elle juge que son comportement est inadapté, notamment non-respect du règlement intérieur, ou que l'élève ne présente pas une motivation suffisante pour cette formation.

Les frais de scolarités s'élèvent à 150€ par an. Un règlement par chèque ou en espèce devra être joint au présent dossier d'inscription. L'encaissement n'aura lieu qu'une fois la période d'essai finalisée et après acceptation de deux parties.

**Le chef d'établissement**

**Les parents ou représentants légaux de l'élève**

(Faire précéder les signatures de la mention « Lu et approuvé »)



faire pour  
apprendre

## **AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE POUR LES ELEVES MINEURS**

*Nous sommes susceptibles de diffuser sur nos supports de communication (plaquettes, site internet, réseaux sociaux ...) des photographies / vidéos utilisant l'image de votre enfant. Bien entendu ceci ne peut se faire sans votre autorisation préalable. Aussi nous vous demandons de bien vouloir compléter le formulaire ci-dessous.*

Je soussigné(e) :

NOM : .....

Prénom : .....

Qualité : .....

Autorise la publication de la photographie de mon enfant :

.....

Sur tous supports de communication de l'EP2B pour une durée indéterminée.

Fait à.....

Le.....

Signature du représentant légal précédée de la mention « lu et approuvé »



faire pour  
apprendre

## Avis médical

formulé en application des dispositions des décrets n°2013-914 et 2013-915 du 11 octobre 2013, relatifs au régime de jeunes travailleurs quant aux travaux interdits aux mineurs et à la procédure de dérogation administrative (articles R.4153-38 à R.4153-52 et D.4153-2, D.4153-4 et D.4153-15 à D.4153-37 du code du travail).

Je soussigné, .....

Médecin, atteste que :

Melle / M. ...., né(e) le : .....

élève inscrit en formation CAP Conducteur d'Installations de Production au sein de l'École de Production « EP2B - Ecole de Production de Béthune Bruay » pour l'année scolaire 2021-2022, **ne présente aucune contre-indication au travail sur machines dangereuses** liées à cette formation, utilisées dans l'atelier de l'École et listées ci-dessous.

Réserves éventuelles :

.....  
.....

Date : .....

Signature et cachet :

Liste des machines dangereuses qui seront utilisées par le jeune :	
<b>Machines</b>	  <p>faire pour apprendre</p>
Tour traditionnel	
Fraiseuse conventionnelle	
Centre d'usinage à commande numérique	
Tour à commande numérique	
Scie à ruban	
Perceuse à colonne	
Meuleuse à main	
Touret à meuler	



faire pour  
apprendre

## ATTESTATION DE TRANSPORTS

Je soussigné(e), ..... ,  
représentant légal de l'élève ..... autorise le  
personnel de l'école de Production de Bethune Bruay, à transporter mon enfant dans le  
véhicule de l'école ou du personnel de l'EP2B pour tous les déplacements liés aux activités de  
formation.

Fait à .....

Le ..... /..... / .....

Signature du représentant légal :



# FICHE D'URGENCE

Non confidentielle – B.O. du 6 janvier 2000

**ANNEE SCOLAIRE : ...../ .....**

**NOM :** ..... **Prénom :** .....  
Date de naissance : ..... Lieu de naissance : .....

## PARENTS OU RESPONSABLE

Nom et adresse des Parents ou du représentant légal : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

N° personnel de l'élève (à partir de 16 ans) : .....

Coordonnées du Centre de Sécurité Sociale : .....

Père (ou tuteur)

Mère (ou tutrice)

Nom : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Prénom : .....

Tél. domicile : .....

Tel. domicile : .....

Tel. Travail : .....

Tel travail : .....

N° de portable : .....

N° de portable : .....

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : .....

**VACCINATION : DT Polio (DTP) :** date du dernier rappel antitétanique : ..... / ..... / .....

**NOM ET TELEPHONE DU MEDECIN TRAITANT :** .....

### **MALADIES – TRAITEMENTS :**

Votre enfant prend-il régulièrement un traitement ; si oui, lequel : .....

Votre enfant est-il atteint d'une maladie invalidante (épilepsie, myopathie, asthme, malaises, etc.)

.....demandez-vous un PAI  oui  non

Précautions à prendre en cas de crise : .....

### **Votre enfant souffre-t-il d'allergies. Si oui, à quoi ?**

éléments de la nature (pollen, poussière) : .....

alimentation : .....signaler tout régime alimentaire particulier : .....

certains médicaments : .....

autres : .....

## **AUTORISATION DE CONSULTATION :**

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. **Un élève mineur ne peut sortir seul de l'hôpital, il doit être accompagné de sa famille.**

Nous, soussignés, Madame et/ou Monsieur .....

autorisons notre enfant ..... à consulter un médecin.

autorisons le transport de notre enfant en voiture, pour se rendre en consultation chez le médecin ou le radiologue, en cas de nécessité et si je ne peux l'accompagner moi-même.

Fait à ....., le .....

Signature des Parents :

**Cette autorisation est également applicable lors des voyages et sorties scolaires.**

# FICHE INFIRMERIE

Confidentielle

## INDICATIONS au sujet de l'état de santé de votre enfant : (cochez la case correspondante)

- Lunettes  oui  non                      - Appareil orthodontie  oui  non  
- Lentilles  oui  non                      - Corset  oui  non
- Consultation spécialisée  oui  non Si oui laquelle ?.....
- Votre enfant a-t-il eu un traitement au long cours ?  oui  non Lequel ? .....
- Votre enfant a-t-il été hospitalisé ?  oui  non                      |                      ou opéré  oui  non  
Date :                      Cause :                      |                      Date :                      Cause :
- Votre enfant a-t-il des troubles du sommeil ?  oui  non, si oui Traitement : .....

### Maladie(s) à signaler

- 
- 

### Traitements

- 
- 

**ASTHME** :  oui  non (si oui, traitement à signaler à l'infirmerie).

**En cas d'asthme**, le traitement prescrit devant être utilisé rapidement, l'élève pourra le conserver.  
Veuillez joindre une copie de l'ordonnance médicale.

(Nom de l'élève) ..... s'engage sous la responsabilité de ses parents

- à ne pas le prêter à un autre élève
- à ne pas le jeter dans les poubelles
- à fournir à l'infirmière une boîte de réserve.

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

Signature de l'élève :

Signature des parents :

**Important** : Pour tout élève qui doit prendre un traitement pendant le temps de présence dans l'Etablissement scolaire, les médicaments, le double de la prescription médicale et une autorisation parentale doivent être déposés à l'administration (vie scolaire)

**Très important** : Dans les cas de troubles de la santé évoluant sur une longue période (handicap, diabète, épilepsie, dépression, grave allergie...), la famille est invitée à prendre contact avec l'Etablissement afin de prendre en compte la situation médicale de l'enfant (traitements ou soins particuliers, besoins spécifiques, protocole d'intervention en cas d'urgence...) en collaboration avec le médecin scolaire, dans le respect de la confidentialité (BOEN N° 34 du 18/09/2003).

## INDICATION au sujet de la scolarité de votre enfant :

**Dyslexie** :  oui  non

**ou autres** : .....

1 – Nom du spécialiste .....

2- Aménagements scolaires souhaités  oui  non. Lesquels ? :

.....

3- Aménagement d'examen souhaité  oui  non

Signature des parents :