

**FICHE D'INSCRIPTION EN FILIERE B. T. S. METIERS DE L'EAU**  
**SECTION APPRENTISSAGE**  
**SESSION 2021 / 2022**

Inscription en :  1<sup>ère</sup> année  2<sup>ème</sup> année      doublant :  Oui  Non

**L'apprentissage de l'anglais est obligatoire.**

**Merci de remplir cette fiche le plus lisiblement possible**

**APPRENTI**

NOM (en lettres majuscules) : ..... Sexe :  M  F

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) : .....

Né(e) le : ..... à ..... Département : ..... Pays : .....

Nationalité : ..... Portable : ..... Courriel : .....

Adresse de l'apprenti : .....

Régime demandé pendant l'année 2021/2022 :  Demi-pensionnaire  Externe

**ENTREPRISE D'ALTERNANCE**

Nom et adresse complète de l'entreprise : .....

Nom du responsable ressources humaines gérant le dossier de l'apprenti : .....

Téléphone : ..... Portable : ..... courriel : .....

Nom Prénom et qualité du Maître de stage : .....








Téléphone : ..... Portable : ..... courriel : .....

**SCOLARITE DE L'ANNEE PRECEDENTE**

Nom et adresse de l'établissement : .....

Classe : ..... Obtention du PSC1 (secourisme niveau 1)       Pompier volontaire

Pièces à joindre **impérativement** à cette fiche :

-  Une photo d'identité (à apposer en haut à droite de la fiche) ;
-  Copie recto – verso de la carte d'identité valide (+ extrait de naissance si né en pays étranger) ;
-  Justificatif de domicile de moins de trois mois ou attestation d'hébergement ;
-  Copie du contrat d'apprentissage signé par les diverses parties (à fournir dès que possible) ;
-  Copie JDC (journée Défense et Citoyenneté) ;
-  Fiche infirmerie ci-jointe dûment complétée ;
-  Copie du diplôme PSC1 si obtention.

# FICHE INFIRMERIE

## B. T. S. Métiers de l'Eau Section Apprentissage

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... M  F

N° de Sécurité Sociale :

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Noms et téléphone des personnes à contacter en cas d'urgence :

.....  .....

.....  .....

.....  .....

Nom et adresse du médecin traitant : .....

.....

 .....

Si vous souhaitez communiquer des informations confidentielles à la connaissance du service médical, merci de les transmettre sous enveloppe cachetée.

L'apprenti est-il titulaire du PSC1 ?  Oui  Non Si oui date d'obtention : .....