



**BTP CFA**

**LOIRE**

Michel Cluzel

Le réseau de l'apprentissage BTP

BTP CFA LOIRE « Michel Cluzel »

21 rue de l'Apprentissage

42000 SAINT -ETIENNE

BTP CFA LOIRE « Jean Desbenoit »

Impasse Marcel Cerdan

42300 ROANNE

**Partie à remplir par l'apprenti (ou le stagiaire), ou son représentant légal**

NOM / Prénom de l'apprenti ou stagiaire .....né le : ..... / ..... / .....

NOM / Prénom du représentant légal : .....

Adresse : .....

Code Postal |\_|\_|\_|\_|\_| Commune : .....

Téléphone domicile \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Portable Représentant Légal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

N° DE TELEPHONE EN CAS D'URGENCE : -

Travail : Représentant Légal (Père) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Autre Représentant légal (Mère) : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Autres parents : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (lien de parenté : .....)

Voisins : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Vaccination antitétanique  OUI  NON Date : --/--/----

Groupe sanguin : .....

Votre enfant a-t-il une allergie alimentaire ? Si oui laquelle : .....

Souffre-t-il d'une affection chronique (asthme, souffle au cœur, diabète, etc).....

A-t-il un traitement médical en cours ? Précisez les détails utiles : .....

Interventions chirurgicales subies : .....

Présente-t-il des troubles psychologiques ? : .....

Autres renseignements : .....

*En cas de fausse déclaration ou d'omission BTP CFA LOIRE sera déchargé de toute responsabilité . Si des troubles se déclarent au cours de la formation il est obligatoire de nous en informer.*

**PROCURATION**

En cas de nécessité (accident ou maladie grave), j'autorise Monsieur le Directeur du BTP CFA LOIRE, ou son représentant, à prendre toutes les dispositions d'urgence et, en particulier, à faire hospitaliser mon fils / ma fille (hôpital, pavillon d'urgence) qui est apprenti ou stagiaire au BTP CFA LOIRE (site ST ETIENNE ou ROANNE) et à le faire transporter en ambulance si besoin.

Avez-vous une Mutuelle complémentaire ?

Si oui, laquelle ? .....

Fait le --/--/----

Signature du représentant légal

A  
U  
T  
O  
R  
I  
S  
A  
T  
I  
O  
N  
D  
E  
S  
O  
I  
N  
S

