

CERTIFICAT DE VISITE MEDICALE

Je soussigné Dr..... Certifie avoir examiné ce jour,
M, Mme..... , né(e) le
Et atteste qu'il (elle) est

Apte à la vie en collectivité

Atteste également qu'il (elle) peut utiliser dans le cadre de sa scolarité, lors des stages et travaux pratiques dirigés des machines dites « dangereuses » sous la surveillance d'un adulte et dans le respect de la réglementation d'utilisation des dites machines.

Pas de contre-indication médicale

Sous réserve suivante :

Fait à le

Signature

Cachet

SERVICE MEDICAL

M. Mme

Adresse.....

Tél. domicile : Tél. travail :.....

Tél. portable : Adresse e-mail :

Parent - Tuteur légal – Responsable – Autre :.....
(rayer les mentions inutiles)

De l'élève : Classe :

En cas d'impossibilité à joindre la personne citée ci-dessus, nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible d'être prévenue :

M. Mme : Lien de parenté :

Tél. domicile :..... Tél. travail : Tél. portable :

Il est rappelé aux familles :

En cas d'urgence, un élève est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (pompiers, SAMU) vers l'hôpital. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Médecin traitant : Dr..... A Tél. :

En cas d'urgence, j'autorise la direction à prendre toutes dispositions nécessaires, y compris l'hospitalisation :

OUI - NON (rayer la mention inutile)

Si non restrictions éventuelles :

Lu et approuvé, donne son accord
Date et signature

MALADIES CHRONIQUE:

ALLERGIES :

CONTRE-INDICATIONS :

RECONNAISSANCE HANDICAP : OUI - NON (rayer la mention inutile)



ATTESTATION DROIT A L'IMAGE ET AU SON

Valable pour une durée de 10 ans

Dans le cadre du droit à l'image (photo, vidéo, doc sonore), veuillez remplir l'autorisation suivante :

Pour l'élève mineur

M. OU Mme représentant légal de l'élève
Classe de

Autorise Miramas Formation à utiliser des photographies, vidéos et documents sonores sur lesquelles il (elle) est présent pour la réalisation, site internet ou tout autre document à caractère publicitaire m'engage à ne percevoir aucune indemnité ou en demander pour leur utilisation sur lesquelles il (elle) est présent(e).

N'autorise pas Miramas Formation à utiliser des photographies, vidéo et documents sonores sur lesquelles il (elle) est présent(e) pour la réalisation de plaquettes, site internet ou tout autre document à caractère publicitaire.

A Le

Signature du représentant légal

Pour l'élève majeur

Nom Prénom Classe

Autorise Miramas Formation à utiliser des photographies, vidéo et documents sonores sur lesquelles je suis présent(e) pour la réalisation de plaquettes, site internet ou tout autre document à caractère publicitaire et m'engage à ne percevoir aucune indemnité ou en demander pour leur utilisation sur lesquelles je suis présent(e).

N'autorise pas Miramas Formation à utiliser des photographies, vidéo et documents sonores sur lesquelles je suis présent(e) pour la réalisation de plaquettes, site internet ou tout autre document à caractère publicitaire.

A Le

Signature

Formation : _____

Apprenant / Stagiaire

Représentant Légal Payeur

| | |
|--|---|
| Nom : | Nom et Prénom : |
| Prénom : | Père <input type="checkbox"/> / Mère <input type="checkbox"/> / Stagiaire lui-même <input type="checkbox"/> / Autre |
| Demi-Pensionnaire <input type="checkbox"/> | Adresse : |
| Interne <input type="checkbox"/> | |
| Portable : | Code Postal : Ville : |
| | Portable : |
| | Mail : |

Tarifs pour l'année 2020 – 2021

| CLASSE | DEMI-PENSION | PENSION |
|---------------------------|--------------|---------|
| CAPA Jardinier Paysagiste | 403 € | 1419 € |
| CAP AEPE | 310 € | 1720 € |
| CPA | 428 € | 1462 € |
| Bpa Travaux Forestiers | 279 € | 1548 € |
| CS ou Chef de culture | 496 € | 2752 € |
| Distrimanager | 558 € | 3096 € |

Arrhes à l'inscription :

200 € d'arrhes sont à régler avec le dépôt du dossier pour confirmer l'inscription.

Elles seront déduites sur la dernière mensualité de l'année scolaire. En cas d'annulation d'inscription, en cas de départ en cours de formation, de même qu'en cas d'exclusion, ces arrhes ne seront pas remboursées.

Une facture annuelle avec l'échéancier des prélèvements vous sera adressée fin Septembre 2020. Tout mois commencé est dû. En cas de rejet du prélèvement, les frais bancaires (10€) et les éventuels recours en contentieux seront intégralement à la charge du débiteur.

En cas de séparation ou de divorce, le signataire de ce document est la seule personne reconnaissant avoir les obligations de paiement envers le centre de formation.

Je soussigné(e), M. _____ m'engage à régler les sommes ci-dessus :

Par un **chèque pour le 1^{er} versement** (suivant le statut), puis **9 prélèvements bancaires** d'Octobre 2020 à Juin 2021.

Le

Signature :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez le LEAP FONTLONGUE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

CREANCIER

F R | 4 9 | Z Z Z | 5 1 3 2 2 8

Identifiant du créancier

LEAP FONTLONGUE

Nom du créancier

Bd Théodore Aubanel

Adresse (rue, avenue, ...)

13140 MIRAMAS

Code postal, Ville

FRANCE

Pays

Paiement récurrent / répétitif

DEBITEUR

Nom / Prénom du débiteur

Adresse (rue, avenue, ...)

Code postal, Ville

Pays

Coordonnées de votre compte **IBAN** – Numéro d'identification international

Code international d'identification de votre banque - **BIC**

Signature(s)

Fait à

le

Désignation du tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)

LEAP FONTLONGUE BD THEODORE AUBANEL 13140 MIRAMAS

Nom du tiers débiteur

N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN BIC)