

INSTRUCTION MAINTENANCE AERONAUTIQUE ET AUTOMOBILE

Antenne du CFA Régional des MFR Auvergne-Rhône-Alpes

Agrément DGAC N° FR.147.0019 - TB 1.1 / 1.2 / 1.3 / 2

Formation en Alternance et Formation Continue Adultes - Agrément FC 82740238474

DOSSIER D'INSCRIPTION SIMPLIFIÉ

Année 20... / 20...

FORMATIONS

-  Seconde - Bac 1 / 3 Aéro
-  Première - Bac 2 / 3 Aéro
-  Terminale - Bac 3 / 3 Aéro
-  Bac en 1 an - Terminale Aéro
-  Mention Complémentaire Aéro
-  Mention Complémentaire Aéro
-  Bac en 1 an - Terminale Auto
-  BTS Automobile


SPÉCIALITÉS


-  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)




MFR IMAA Cruseilles

720, Route des Dronières
74350 Cruseilles

 +33 4 50 44 15 11

 +33 4 50 44 16 65

 mfr.imaa@mfr.asso.fr

 www.mfr-imaa.fr



INFORMATIONS APPRENTI

Ce dossier d'inscription est en version simplifiée.

Il s'adresse plus particulièrement aux candidats n'ayant pas encore trouvé d'entreprise.

Ce dossier nous permettra de proposer votre candidature en cas de contacts avec des professionnels et de transmettre certaines données vous concernant.

Il peut être rempli sous forme électronique et nous être retourné à l'adresse mail suivante : mfr.imaa@mfr.asso.fr

En cas d'aboutissement, ou de mise en place d'un contrat loi Cherpion, un complément des données d'inscription vous sera demandé sous la forme d'un deuxième dossier.

N'hésitez pas à nous contacter en cas de questions !

A très bientôt...



Facebook



Contact

APPRENTI

Nom :

Prénoms :

Date de naissance : Nationalité :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. Portable :

E-mail :

NUMERO INE DE L'APPRENTI OBLIGATOIRE

N° à demander au dernier établissement scolaire fréquenté



PÈRE

Nom : _____
Prénoms : _____
Date de naissance : _____ Nationalité : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tél. Portable : _____ Tél. : _____
E-mail : _____

MÈRE

Nom : _____
Prénoms : _____
Date de naissance : _____ Nationalité : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tél. Portable : _____ Tél. : _____
E-mail : _____

REPRÉSENTANT OU TUTEUR LÉGAL (Hors père et mère)

Nom : _____
Prénoms : _____
Date de naissance : _____ Nationalité : _____
Adresse : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Tél. Portable : _____ Tél. : _____
E-mail : _____





CURSUS ET DIPLÔMES

CURSUS SCOLAIRE DE L'APPRENTI

ANNÉE SCOLAIRE	CLASSE / SPECIALITÉ	ETABLISSEMENT FREQUENTÉ ET ADRESSE :

DIPLÔMES OBTENUS PAR L'APPRENTI

ANNÉE	DIPLÔMES	ETABLISSEMENT :





INFORMATIONS MÉDICALES



Nom :

Prénom :

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
Autres :		
Avez-vous subi des interventions chirurgicales ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lesquelles :		
Avez-vous eu 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, laquelle ou lesquelles ?		
Médecin traitant :		
Nom	Adresse	Téléphone

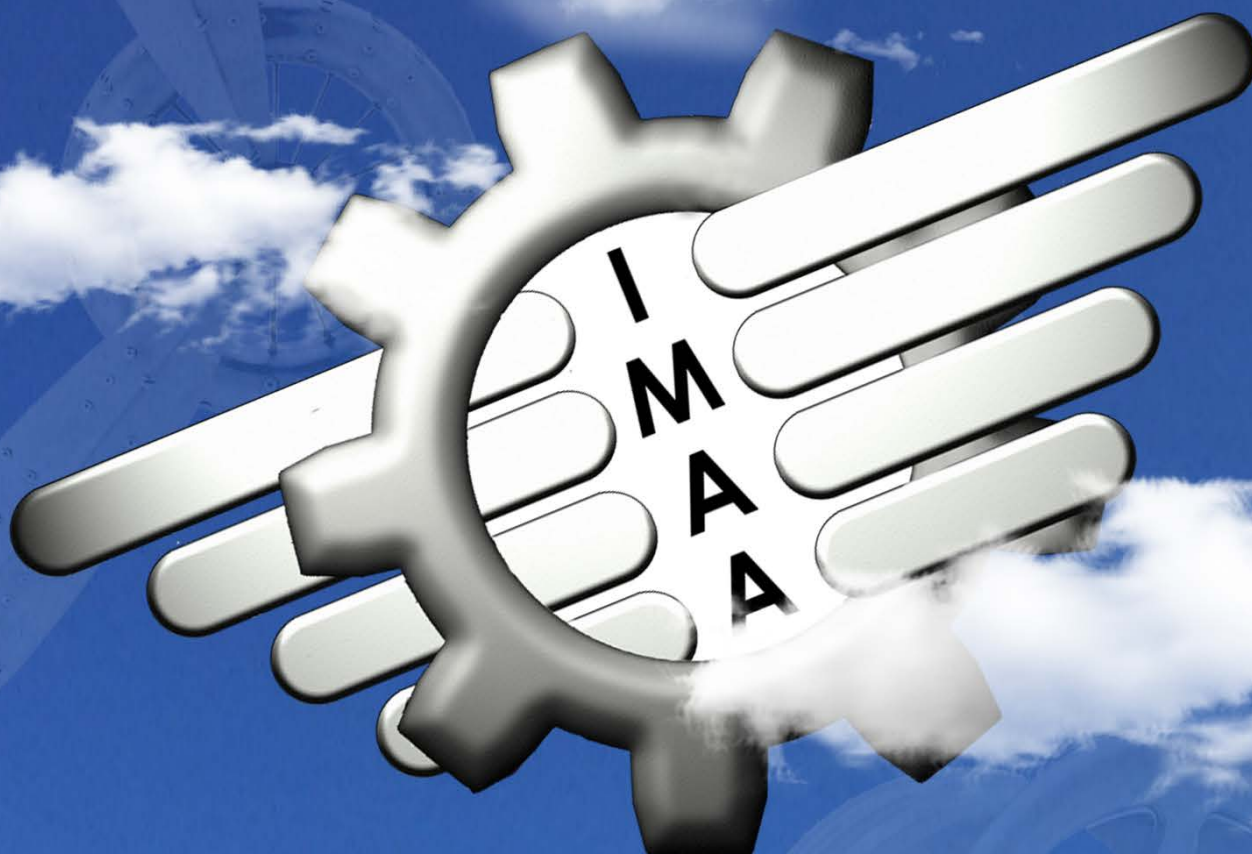




PIÈCES À FOURNIR

- 1 Curriculum Vitae (C.V.)
- 1 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
- 2 photos d'identité (dont 1 collée sur le dossier d'inscription)







RÉUSSIR
autrement


MFR IMAA Cruseilles

720, Route des Dronières
74350 Cruseilles

 +33 4 50 44 15 11

 +33 4 50 44 16 65

 mfr.imaa@mfr.asso.fr

 www.mfr-imaa.fr

N° SIRET : 395 213 515 00012 - Code APE : 8532 Z