



Institut de Formation Aide-Soignant

BTS 1ère Année ESF GTLA MECP SP3S

BTS 2ème Année ESF GTLA MECP SP3S

Identité Etudiant

Nom de l'étudiant : Prénom(s) :

Nationalité : ; Sexe : F Sexe M

Né(e) le : Lieu : Pays :

Adresse :

Portable : Mail :@.....

Téléphone Domicile : Etes-vous boursier ? NON OUI

Scolarité de l'an dernier : Remplir les cases

Lycée	Commune	Pays

Identité Responsables

Nom et Prénom du responsable légal :

Lien de parenté : Profession.....

Adresse complète

..... Mail :@.....

☎ Domicile : ☎ Travail : ☎ Portable :

Autre correspondant (Nom et prénom) :

Lien de parenté : Profession.....

☎ Domicile : ☎ Travail : ☎ Portable :

Questionnaires (cochez la case)	OUI	NON
Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves		
L'étudiant utilisera-t-il le transport scolaire ?		
L'étudiant mangera-t-il à la cantine ?		
Faites-vous une demande d'internat ?		
Nombre d'enfant à charge (inscrire le nombre dans la case)		
Nombre d'enfants à charge (voir "carte vitale")		
Nombre d'enfants au Lycée et au Collège		

Fait à
le/...../202....

Signature du responsable et/ou
de l'étudiant