



Photo

DOSSIER D'INSCRIPTION

FORMATIONS POST BAC		
<input type="checkbox"/> Remise à Niveau Scientifique		
<input type="checkbox"/> Marseille <input type="checkbox"/> Lyon		
<input type="checkbox"/> BTS Métiers de la Chimie	<input type="checkbox"/> BTS A. Biologie Médicale	<input type="checkbox"/> BTS Biotechnologies
N° de dossier PARCOURSUP :		
<input type="checkbox"/> BTS Chimie / alternance <input type="checkbox"/> BTS A.B.M. /alternance Marseille <input type="checkbox"/> BTS BioAC / alternance Marseille <input type="checkbox"/> BTS A.B.M. /alternance Lyon <input type="checkbox"/> BTS BioAC / alternance Lyon		
<input type="checkbox"/> Spécialisation PMA		
<input type="checkbox"/> Marseille <input type="checkbox"/> Lyon		

RENSEIGNEMENTS ETUDIANT / APPRENTI	
NOM :	Prénom(s) :
Né (e) le :	Lieu de Naissance : Département :
N° de Sécurité Sociale :	Numéro RNIE / INE (scolarité) :
Adresse :	Email : @
Code Postal / Ville :	Portable :
Dernier établissement fréquenté : <input type="checkbox"/> Public <input type="checkbox"/> Privé sous contrat <input type="checkbox"/> Privé	Classe actuelle :
Nom :	
Langue(s) vivante(s) :	Dernier diplôme obtenu :

A, le

Signature précédée de la mention « lu et approuvé » :

Les parents ou le représentant légal

L'étudiant

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX	PARENT 1	PARENT 2
NOM / Prénom		
Adresse Postale		
Code Postal - Ville		
Téléphone Fixe		
Téléphone Portable		
E mail		
Profession /		
Employeur / Téléphone		
<input type="checkbox"/> En couple <input type="checkbox"/> Divorcés <input type="checkbox"/> Père / Mère célibataire <input type="checkbox"/> Père / Mère remarié(e)		

FRERES ET SOEURS	NOM / Prénom	Ecole fréquentée / Classe ou Profession

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX	NOM	TELEPHONE
En cas d'urgence, prévenir :		
Médecin traitant :		
Allergies / Contre-indications :		
Handicap (Mdph, pap,...) :		

Pièces à fournir avec le dossier d'inscription :

- Le présent bulletin complété et signé
- Le règlement des frais de dossier : **75 € (pas pour l'alternance)**
- CV + LM **uniquement pour l'alternance**
- Une photocopie de la Carte Nationale d'Identité recto/verso
- Une attestation de Responsabilité Civile
- Une photocopie du carnet de vaccination
- Attestation de vaccinations ci-jointe
- Une vraie photo d'identité (Nom / Prénom au dos)
- Les photocopies des derniers bulletins scolaires
- Les photocopies des notes du baccalauréat ou du diplôme supérieur
- Les photocopies des diplômes obtenus
- Un relevé d'identité bancaire si prélèvement bancaire (sauf alternance)

Vous nous avez connus comment ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salon (lequel ?) : | <input type="checkbox"/> Site Internet |
| <input type="checkbox"/> PARCOURSUP | <input type="checkbox"/> Portes Ouvertes |
| <input type="checkbox"/> ONISEP | <input type="checkbox"/> Mission Locale |
| <input type="checkbox"/> CIO | <input type="checkbox"/> Réseaux Sociaux |
| <input type="checkbox"/> Radio | <input type="checkbox"/> Mairie, CIQ... |
| <input type="checkbox"/> Amis, relations | |

MODALITES FINANCIERES

FRAIS DE DOSSIER

➤ 75 € pour toutes les sections hors apprentissage
Ils sont à acquitter lors de l'envoi du dossier d'inscription.
Ils restent définitivement acquis par le Lycée en cas de désistement du candidat.

FRAIS DE SCOLARITE – FORMATIONS INITIALES

Le règlement s'effectue au début de chaque mois de septembre à janvier (5 mensualités).
Les factures sont disponibles et téléchargeables chaque mois sur ECOLE DIRECTE (les codes seront distribués en début d'année).

	Mensualités de Sept. à Janvier	Total Année	Règlement intégral en septembre
Seconde	178	890	850
Première STL	178	890	850
Terminale STL	178	890	850
Remise à Niveau Scientifique	412	2060	2000
BTS Analyses de Biologie Médicale	412	2060	2000
BTS Biotechnologies	412	2060	2000
BTS Métiers de la Chimie	412	2060	2000
Spécialisation en PMA	840	4200	4000

1/ **Paiement en une fois** du coût annuel de la scolarité (par virement ou par chèque), **au plus tard au 15 Septembre.**
Les personnes optant pour cette solution bénéficient d'une remise.

2/ **Par prélèvement automatique**, en fin de mois.
En cas de provision insuffisante, les frais de rejet de prélèvement vous seront refacturés : 30 €.

3/ Paiement par chèque ou espèces

Merci de libeller vos chèques à l'ordre de LA FORBINE.

Attention : Toute difficulté, ou retard même provisoire, dans le paiement des mensualités doit être signalé au service gestion dès que possible. Un retard prolongé non justifié peut conduire à une désinscription.

Aucun remboursement ne sera effectué (sauf pour motif légitime et impérieux sur présentation de justificatif), toute année commencée est due dans son intégralité.

Modalités de financement particulières sur rendez-vous.

MODE DE PAIEMENT

Je soussigné(e) : (RESPONSABLE DE L'ETUDIANT)

Déclare prendre en charge financièrement les études de :

..... (NOM ET PRENOM DE L'ETUDIANT)

Déclare choisir le mode de règlement suivant :

Paiement en une fois

Prélèvement automatique mensuel

Règlement direct mensuel

Date :/...../202.....

Signature du représentant légal, précédée de la mention «lu et approuvé» :



Adresses de retour du dossier :

**LA FORBINE
4 Bd de la Forbine
13011 MARSEILLE**

Tél : 04.91.44.60.48

E-mail : lycee@laforbine.com ou cfa@laforbine.com

Ou

**LA FORBINE
8 Bis allée Irène Joliot Curie
69800 SAINT-PRIEST
Tél : 06.95.69.71.70**

E-mail : lyon@laforbine.com ou cfa@laforbine.com



NOTE RELATIVE AUX VACCINATIONS

1) Vaccination obligatoire à l'inscription dans un établissement scolaire

- ❖ Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite : rappel du DTPolio à jour

2) Vaccinations des élèves qui s'orientent vers des professions à risques

- ❖ Vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour les élèves et les étudiants des formations : **Bac STL Biotechnologies, Remise à Niveau Scientifique, BTS Analyses de Biologie Médicale (BTS ABM) et Biotechnologies (BTS BTK), Spécialisation en PMA.**
- ❖ Vaccin contre les **Fièvres typhoïdes** et Vaccination **B.C.G.** obligatoires pour les étudiants de : **BTS ABM et BTS BTK qui se rendent sur certains lieux de stage.**
(ce vaccin pourra être fait en fonction du lieu de stage – ne pas le faire à l'inscription)

En effet, ces étudiants effectuent des périodes de formation en milieu professionnel ou des stages afin d'apprendre à travailler en situation professionnelle réelle **en présence d'usagers** avec les ressources et les contraintes du milieu professionnel.

Article L3111-4 du code de la santé publique

« Une personne qui, dans un établissement ou organisme public ou privé de prévention de soins ou hébergeant des personnes âgées, exerce une activité professionnelle l'exposant à des risques de contamination doit être immunisée contre l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la grippe.

Les personnes qui exercent une activité professionnelle dans un laboratoire de biologie médicale doivent être immunisées contre la fièvre typhoïde.

Si pour des raisons de contre-indication médicale, l'élève ne peut pas être vacciné, il ne peut effectuer sa période de formation en milieu professionnel. L'évaluation des compétences acquises et mises en œuvre lors de la période de formation en milieu professionnel ne pouvant pas être réalisée, le diplôme ne peut pas être délivré.

Les futurs élèves ou étudiants doivent faire remplir par leur médecin traitant l'attestation ci-dessous et l'inclure obligatoirement dans leur dossier d'inscription.

Tout dossier incomplet ne sera pas étudié.

ATTESTATION DE VACCINATIONS

Je soussigné Docteur..... certifie que M ou Mme

Né(e) :a reçu les vaccinations suivantes :

HEPATITE B	
1 ^{ère} Injection : date	Nature du vaccin.....
Dose.....	N° du lot.....
2 ^{ème} Injection : date	Nature du vaccin.....
Dose.....	N° du lot.....
3 ^{ème} Injection : date	Nature du vaccin.....
Dose.....	N° du lot.....
Rappel: date	Nature du vaccin.....
Dose.....	N° du lot.....

DIPHTERIE – TETANOS - POLIO	
1 ^{ère} Injection : date	Nature du vaccin.....
Dose.....	N° du lot.....
2 ^{ème} Injection : date	Nature du vaccin.....
Dose.....	N° du lot.....
3 ^{ème} Injection : date	Nature du vaccin.....
Dose.....	N° du lot.....
Rappel: date	Nature du vaccin.....
Dose.....	N° du lot.....
Rappel: date	Nature du vaccin.....
Dose.....	N° du lot.....

TYPHOIDE	
Date	Nature du vaccin.....
Dose.....	N° du lot.....
Rappel: date	Nature du vaccin.....
Dose.....	N° du lot.....
Rappel: date	Nature du vaccin.....
Dose.....	N° du lot.....

VACCIN ANTI-TUBERCULEUX	
BCG : Date.....	Méthode.....
N° du Lot.....	

DATE	SIGNATURE DU MEDECIN	TAMPON