

DOSSIER D'INSCRIPTION 1ère année

Année scolaire 2023-2024

Brevet de Technicien Supérieur

Classe :

NOM (en majuscules) et Prénom usuel *du candidat* Sexe

Prénoms de l'état civil nationalité

Date de naissance lieu de naissance département

Régime : Interne Demi-pensionnaire Externe

Logement souhaité : Chambre type 1 Chambre type 2 Chambre type 3

ADRESSE DE L'APPRENANT :

Commune Code postal

mail : N° téléphone portable :

ETABLISSEMENT ET FORMATION PRECEDENTE (AVANT ENTREE A L'ENIL)

Dernier établissement scolaire fréquenté (adresse complète) :

Code postal : Commune : Téléphone :

Statut apprenant : Elève Apprenti Etudiant

Type de baccalauréat obtenu : Bac Général Spécialité :

Bac Technologique Année d'obtention :

Autre (précisez) :

Diplôme obtenu le plus élevé : Année d'obtention :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

| Responsable légal 1 <input type="checkbox"/> | Responsable légal 2 <input type="checkbox"/> |
|---|--|
| Situation familiale : <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> célibataire | Situation familiale : <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> célibataire |
| NOM : Prénom : Date et lieu de naissance : ADRESSE du DOMICILE - Rue ou lieu-dit : Code postal : Commune : N° téléphone personnel : N° téléphone portable : Mail : | NOM : Prénom : Date et lieu de naissance : ADRESSE du DOMICILE - Rue ou lieu-dit : Code postal : Commune : N° téléphone personnel : N° téléphone portable : Mail : |
| Situation professionnelle : <input type="checkbox"/> activité <input type="checkbox"/> préretraite <input type="checkbox"/> chômage <input type="checkbox"/> autre situation (à préciser) <input type="checkbox"/> Retraite Emploi : (voir feuille jointe) NOM – adresse du lieu de travail : N° téléphone :- poste : | Situation professionnelle : <input type="checkbox"/> activité <input type="checkbox"/> préretraite <input type="checkbox"/> chômage <input type="checkbox"/> autre situation (à préciser) <input type="checkbox"/> Retraite Emploi : (voir feuille jointe) NOM – adresse du lieu de travail : N° téléphone:- poste : |
| N° d'immatriculation à la Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole | N° d'immatriculation à la Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole |

Je soussigné(e) père – mère – tuteur (tutrice) :

➤ **Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document**

➤ **M'engage à payer la pension (internat – demi-pension) pendant la durée de la scolarité, conformément au tarif en vigueur. A défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement en soit poursuivi, conformément à la réglementation en vigueur.**

Date et signature des responsables légaux,

Date et signature de l'apprenant,

Responsable légal 1

Responsable légal 2

Liste des professions et catégories socio-professionnelles

agriculteurs sur grande exploitation
agriculteurs sur moyenne exploitation
agriculteurs sur petite exploitation
anciennes professions intermédiaires
anciens cadres
anciens employés
anciens ouvriers
artisans
cadres administratifs et commerciaux d'entreprises
cadres de la fonction publique
chauffeurs
chefs d'entreprise de 10 salariés et +
chômeurs n'ayant jamais travaillé
clergé, religieux
commerçants et assimilés
contremaîtres, agents de maîtrise
élèves, étudiants
employés administratifs d'entreprises
employés civils et agents de service de la fonction publique
employés de commerce
ingénieurs et cadres techniques d'entreprises
militaires du contingent
ouvriers agricoles
ouvriers non qualifiés de type artisanal
ouvriers non qualifiés de type industriel
ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage, des transports
ouvriers qualifiés de type artisanal
ouvriers qualifiés de type industriel
personnels des services directs aux particuliers
personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans
personnes diverses sans activité professionnelle de plus de 60 ans
policiers et militaires
professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
professeurs, professions scientifiques
professions de l'information, des arts et des spectacles
professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise
professions intermédiaires administratives de la fonction publique
professions intermédiaires de la santé et du travail social
professions libérales
retraités agriculteurs exploitants
retraités artisans, commerçants, chefs d'entreprise
techniciens

Pièces justificatives à joindre impérativement à votre dossier :

| Liste des pièces | Vérification famille | Vérification Etablissement |
|---|----------------------|----------------------------|
| <p style="text-align: center;">VIE SCOLAIRE - GESTION DES APPRENANTS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fiche Vie Scolaire complétée et signée <input type="checkbox"/> Photocopie de la carte d'identité recto/verso ou titre de séjour (Attention pour l'inscription aux examens, doit être valable au 31/08/2025) <input type="checkbox"/> Photocopie <u>intégrale</u> du livret de famille <input type="checkbox"/> Certificat de participation à la JAPD / JDC <input type="checkbox"/> Relevé de notes BACCALAURÉAT <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance couvrant la responsabilité civile pour 2023/2024 <input type="checkbox"/> Attestation d'assurance dans le cadre d'une utilisation du véhicule personnel (assurance sur trajet professionnel et transports autres apprenants) <input type="checkbox"/> Photocopie du permis de conduire <input type="checkbox"/> Photocopie de la carte grise <input type="checkbox"/> Un relevé d'identité bancaire (RIB avec IBAN) au nom de l'apprenant | | |
| <p style="text-align: center;">INFIRMERIE</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fiche d'urgence <input type="checkbox"/> Certificat médical <input type="checkbox"/> Photocopies des pages de vaccinations du carnet de santé <input type="checkbox"/> Pour les B TSA ANABIOTEC, le vaccin de l'hépatite B est obligatoire en raison de certains travaux en laboratoire <input type="checkbox"/> Pour les B TSA GEMEAU, le vaccin contre la leptospirose n'est pas obligatoire mais recommandé pour d'éventuels stages réalisés en stations d'épuration | | |
| <p style="text-align: center;">SERVICE FINANCIER</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Demande de prélèvement automatique <input type="checkbox"/> Notification conditionnelle de bourse (même si échelon zéro) <p>Attention : la somme de 123.10 Euros correspondant aux frais de fournitures sera facturée et prélevée courant octobre.</p> | | |

Pour tout renseignement veuillez adresser un mail : enil.mamirolle@educagri.fr

Ce dossier est à envoyer : AVANT le 13/07/2023

-Par mail: viescolaire@enil-mamirolle.fr

-Par voie postale : ENIL de Mamirolle, Service inscription, 15 Grande Rue, 25620 MAMIROLLE

ATTENTION : l'inscription ne pourra être effective que si tous les documents sont réunis.



FICHE VIE SCOLAIRE 2023-2024

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'APPRENANT

NOM :..... PRENOM(S):.....

Classe:.....

Date de naissance:.....

REGIME DE L'APPRENANT

DEMI-PENSIONNAIRE

EXTERNE

INTERNE

STATUT DE L'APPRENANT:

Mineur

Majeur

Majeur dans l'année le:.....

IMMATRICULATION

Plaque d'immatriculation véhicule :.....

Modèle :.....

Couleur :.....

N° Sécurité Sociale :.....

Fait le à

REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e).....

en classe de.....

atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ENIL de Mamirolle (disponible sur le site Internet de l'ENIL) et y adhérer.

Signature des responsables légaux
(Obligatoire si apprenant mineur)

Signature de l'apprenant
(Obligatoire)

REGLEMENT INTERIEUR DE L'HEBERGEMENT

Je soussigné(e)étudiant(e)/apprenti(e)

en classe de: atteste avoir pris connaissance du règlement de l'hébergement (disponible sur le site Internet de l'ENIL) et y adhérer.

Signature des responsables légaux
(Obligatoire si apprenant mineur)

Signature de l'apprenant
(Obligatoire)

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE POUR L'ANNEE SCOLAIRE

Je soussigné(e).....étudiant(e)/apprenti(e)

En classe de.....à l'Enil de Mamirolle, autorise gracieusement l'établissement à me photographier et/ou effectuer des prises de vue vidéo graphiques et/ou procéder à l'enregistrement sonore de ma voix dans le cadre de ses activités scolaires. L'ensemble de ces documents pourra être utilisé en classe pour des actions d'information ou de promotion des réalisations du lycée.

Signature des responsables légaux
(Obligatoire si apprenant mineur)

Signature de l'apprenant
(Obligatoire)

REGLEMENT FINANCIER RESTAURATION ET HEBERGEMENT

Je soussigné(e)étudiant(e)/apprenti(e)

en classe de: atteste avoir pris connaissance du règlement financier restauration et hébergement (disponible sur le site Internet de l'ENIL) et y adhérer.

Signature des responsables légaux
(Obligatoire si apprenant mineur)

Signature de l'apprenant
(Obligatoire)

| |
|--|
| NOM – PRÉNOM DE L'APPRENANT : |
| DATE DE NAISSANCE : |
| CLASSE : |
| RÉGIME SCOLAIRE : <input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Interne-Externé |
| ADRESSE DE L'APPRENANT : |
| ☎ PORT. DE L'APPRENANT : |
| DATE DU DERNIER RAPPEL DT COQ-POLIO : <i>Assurez-vous auprès de votre médecin traitant que vos vaccinations sont à jour pour la rentrée.</i> <i>Pour les mineurs, le carnet de santé sera demandé lors de la visite médicale de rentrée.</i> <i>Pour les mineurs internes, avoir sur soi une copie de la carte vitale de l'assuré et une copie de la carte mutuelle.</i> |

EN CAS D'URGENCE

| | <u>RESPONSABLE LÉGAL 1</u> | <u>RESPONSABLE LÉGAL 2</u> | ☎ <u>Autres personnes à prévenir</u> |
|------------------|--|--|--------------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre | |
| ADRESSE DOMICILE | | | |
| ☎ DOMICILE | | | |
| ☎ PORT. | | | |
| ☎ TRAVAIL | | | |
| E.MAIL | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Numéro assuré social du responsable légal ou de l'apprenant majeur | Sécurité Sociale | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Mutualité Sociale Agricole | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| Adresse complémentaire santé | Nom de la caisse ou de la mutuelle | | | | | | | | | |
| | N° d'immatriculation ou du contrat | | | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| Nom & adresse du médecin traitant : | ☎ |
|--|---|

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), père, mère, tuteur légal (1) autorise l'administration de l'établissement à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par un médecin et à prendre le cas échéant, toutes les mesures utiles.

« Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne » et que « ce consentement peut être retiré à tout moment » (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

Date et signature du responsable légal ou de l'apprenant majeur,

(1) rayer la mention inutile

NOM – PRÉNOM DE L'APPRENANT :

CLASSE :

**DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à compléter
(Valable une année scolaire)**

Ce document suivra l'apprenant aux services des urgences de l'hôpital en cas d'accident ou de maladie et lors de déplacements hors de l'établissement (voyage d'étude ...).

L'apprenant mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un parent ou d'un représentant légal.

Manifestations allergiques (alimentaires, médicamenteuses ou autres)

Précisez :

Médicament (s) d'urgence : rapporter les médicaments d'urgence dès la rentrée dans une trousse d'urgence identifiée contenant médicaments et ordonnances datant de moins de 3 mois.

Précisez-le ou les médicaments prescrits ci-dessous :

Prise régulière de médicaments : rapporter les médicaments dès la rentrée dans une pochette identifiée contenant médicaments et ordonnances datant de moins de 3 mois.

Précisez-le ou les médicaments prescrits ci-dessous :

Aménagements particuliers : (joindre obligatoirement une copie du document justificatif en cours et/ou année précédente)

- RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé)
- AE (Aménagement d'Épreuves) joindre document de l'année précédente
- PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé) joindre document de l'année précédente
- PAI (Projet d'Accueil Individualisé) joindre document de l'année précédente
- PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) joindre document de l'année précédente
- AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire) - Nombre d'heures :joindre notification de décision MDPH
- Inaptitude partielle ou totale à la pratique de l'EPS joindre certificat médical actualisé

Si besoin de communiquer des informations confidentielles, merci de contacter l'infirmière :

Enil Mamirolle tél. 03-70-27-20-57 - Enilbio Poligny tél 03-84-73-76-76

| | |
|--|---|
| Vu et pris connaissance par le représentant légal (si l'apprenant est mineur), | Vu et pris connaissance par l'apprenant majeur, |
| Date et signature, | Date et signature, |



**CERTIFICAT
MÉDICAL**

*A faire établir par le médecin
uniquement pour les apprenants majeurs à la date de la rentrée*

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que l'élève :

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

- n'est atteint d'aucune maladie contagieuse susceptible de nuire à autrui, et qu'il (elle) répond aux exigences sanitaires qui sont imposées aux salariés des entreprises agroalimentaires.

- que ses vaccinations sont à jour.

A , le

Signature et cachet du médecin,



**Ecole Nationale d'Industrie Laitière,
des analyses biotechnologiques et de l'eau**

Grande rue

25620 MAMIROLLE

Tél : 03.81.55.92.00

E.mail : recrutement.mamirolle@educagri.fr

**Courrier à destination
des familles & des apprenant.e.s**

Objet : Education physique et sportive

Madame, Monsieur,

L'Education Physique Scolaire obligatoire se doit d'être accessible à tous les élèves quels que soient leur problème de santé ou leur handicap. Tous les textes officiels incitent à la mise en place d'un enseignement adapté dans la discipline pouvant même aboutir à une proposition d'épreuves adaptées pour les élèves inscrits à un examen.

Soucieuse de la réussite et du bien-être de ses élèves, la communauté scolaire de l'établissement vous invite à utiliser le modèle du **certificat médical d'inaptitude et à le transmettre à votre médecin traitant.**

Ce certificat permettra aux enseignants d'EPS d'obtenir des informations utiles (dans le respect du secret médical) afin d'adapter leur enseignement aux possibilités de votre fils / fille, avec l'aide des services de la santé scolaire.

En vous remerciant à l'avance pour votre participation et en restant à votre disposition pour tout complément d'information, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Directeur de l'ENIL,
Samuel BITSCH



La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, ainsi que le décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005 réaffirment le caractère obligatoire de l'éducation physique et sportive et le caractère exceptionnel de l'exemption.

L'équipe EPS et l'équipe médicale du lycée proposent un programme d'EPS adapté pour les élèves concernés par une inaptitude partielle supérieure à un mois.

Afin de mieux cerner notre enseignement, nous vous demandons de bien vouloir préciser les types d'exercices autorisés et/ou fortement déconseillés, voire défendus pour votre patient.

Merci de bien vouloir déterminer cette inaptitude en termes fonctionnels et cocher les fonctions qui peuvent être sollicitées chez votre patient.

**CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE
À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE**

Je soussigné (e), Docteur en Médecine :

Exerçant à

Certifié, en application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988, avoir examiné l'élève :

Nom :

Prénom :

Etablissement : **ENIL 25620 MAMIROLLE**

Né (e) le

et constate ce jour que son état de santé entraîne **une inaptitude partielle**

Du au

Afin de permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes de capacités fonctionnelles ce que l'élève peut faire, ainsi que les types d'efforts autorisés et/ou déconseillés.

| Mouvements essentiels | | | Types d'efforts | | | Types de situations | | |
|-----------------------|-----|-----|--------------------------|-----|-----|---|-----|-----|
| | oui | non | | oui | non | | oui | non |
| Marcher | | | Effort long et modéré | | | Activité aquatique | | |
| Courir | | | Effort intense et bref | | | Activité en hauteur | | |
| Sauter | | | | | | En fonction de conditions climatiques particulières | | |
| Lancer | | | | | | | | |
| S'accroupir | | | Commentaires éventuels : | | | | | |
| Déplacements latéraux | | | | | | | | |
| Lever / porter | | | | | | | | |
| Rotations | | | | | | | | |
| Autres | | | | | | | | |

Dans le cas où il n'y a aucune capacité fonctionnelle, je prononce **une inaptitude totale**

Date et signature et cachet du médecin

Nombre de cases cochées :



Mamirolle, avril 2023

15 grande rue
25620 MAMIROLLE
Tél. 03 81 55 92 00
Fax 03 81 55 92 17

Email : enil.mamirolle@educagri.fr

Internet : www.enil.fr

NOTE D'INFORMATION DEMANDE DE PRÉLEVEMENT SEPA

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer de la possibilité de régler les frais de pension et demi-pension par prélèvement automatique par mensualité. La date de prélèvement est fixée au 6 de chaque mois : d'octobre à décembre pour le premier trimestre et de janvier à juillet pour le deuxième et le troisième trimestre, au-delà en cas de régularisation à effectuer.

A ce titre, je vous prie de trouver en pièce jointe :

- Une autorisation de prélèvement à compléter entièrement (toute demande de prélèvement incorrectement remplie ne permettra pas la mise en place du prélèvement à temps), à signer et à retourner à l'ENIL, accompagnée d'un RIB. **Aucune demande faite sur une année antérieure ne sera reconduite.**

En septembre ou dès réception de ce document, je vous transmettrai un échéancier qui vous indiquera le montant et la fréquence des prélèvements.

ATTENTION : les dépenses liées à l'entretien des enfants incombent aux parents (mariés, séparés ou divorcés) dès lors que l'autorité parentale ne leur a pas été retirée.
Les parents sont tenus solidairement des dettes alimentaires de leurs enfants, au nombre desquelles figurent les frais de restauration scolaire.
De plus, les modalités de contribution à l'entretien des enfants prévues par convention ou jugement, ne valent qu'entre les parties. L'agent comptable ne peut se voir obligé d'établir deux factures distinctes pour le partage des frais entre les parents.
Il appartient donc au parent à qui a été adressé l'unique facture de solliciter, le cas échéant, de l'autre parent le règlement ou le remboursement des frais engagés.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées.

L'Agent Comptable de l'EPLEFPA,

Alain GRABARCZYK



Ecole Nationale d'Industrie Laitière, de
l'Eau, et des Biotechnologies
15 Grande rue
25620 MAMIROLLE
Tél : 03.81.55.92.00.
Email : enil.mamirolle@educagri.fr

**ATTESTATION D'ASSURANCE VEHICULE
D'UN APPRENANT**

**dans le cas de l'utilisation de son véhicule
personnel dans le cadre de séquences
pédagogiques initiées par l'établissement**

CADRE A REMPLIR PAR L'APPRENANT

Nom et Prénom du conducteur :

Société d'assurance du véhicule :

N° de téléphone ou fax de la société d'assurance :

N° d'immatriculation du véhicule automobile utilisé pour le déplacement :

(si l'apprenant n'est pas lui-même l'assuré du véhicule, précisez Nom et Prénom de l'assuré) :

N° du contrat d'assurance :

**CADRE A REMPLIR PAR L'ASSUREUR DU VEHICULE
UTILISE PAR L'APPRENANT**

Nombre de places assises assurées :

Date d'échéance du contrat d'assurance :

Le contrat d'assurance prévoit les garanties ci-dessous (cochez les cases correspondant au contrat conclu)

Responsabilité civile du conducteur désigné ci-dessus oui non

Assurance contentieuse (Défense et recours) oui non

Assurance pour transport de personnes à titre gratuit lors de
séquences pédagogiques organisées par l'établissement. oui non

Assurance pour les dommages causés à
des tiers à l'occasion de ces déplacements oui non

A _____, le

Cachet de l'assureur (obligatoire)



L'ALESA

ASSOCIATION DES LYCÉENS, ETUDIANTS, STAGIAIRES ET APPRENTIS DE L'ENIL DE BESANÇON-MAMIROLLE

Votre association de loi 1901, animée et gérée par les apprenants de l'ENIL, a son siège social dans les locaux de l'ENIL. Elle anime le foyer, gère la salle musculation et la salle laverie. Elle crée du lien entre les étudiants. Depuis 2022, elle partage son nouveau bureau avec l'Amicale des anciens élèves.



Notre insta : @alesa.enil.mamirolle



<https://www.facebook.com/alesa.enildemamirolle>

Notre email : alesa@enil-mamirolle.fr

Au programme : le foyer des étudiants (bar, écran TV avec connexion wifi, borne d'arcade de jeux vidéo, billard et baby-foot, jeux de société...), espace de détente et de convivialité, salle de musculation, organisation de soirées et de sorties, vente de chocolats, soirée crêpes, projets vestes et tee-shirts, projets de financement pour les voyages d'études, tarifs préférentiels aux activités ALESA, matériel pour les groupes de musique.... + vos suggestions

Comment participer à la vie de l'asso ?

En adhérant à l'association / 2 formules possibles, bulletin 1 ou 2 au choix

En étant élu dirigeant de l'asso lors de l'Assemblée générale de rentrée, élu au Conseil d'Administration (CA) ou au Bureau.

En participant à nos activités



IMPORTANT / Le service laverie (accès permanent et gratuit aux machines à laver et sècheurs) est réservé aux adhérents de l'association ALESA.

Comment accéder à la salle de musculation ?

En prenant l'adhésion complète ALESA + Salle de musculation / Bulletin 2

Coût de l'option MUSCU pour les Apprentis et Formation continue : 15€

Coût de l'option MUSCU pour les étudiants de Formation initiale : 20€

Votre adhésion et son règlement par chèque à l'ordre de l'ALESA sont à renvoyer en même temps que votre dossier d'inscription à l'ENIL / Ou alors ramenez votre bulletin et un règlement (en espèces ou chèques) à la rentrée

En vous souhaitant bienvenue à l'ENIL et dans l'association !

BULLETIN 1 / "Adhésion simple à l'ALESA" pour l'année scolaire 2023-2024 :

NOM - prénom :

Filière et promotion (ex: BTSA STA 2023-2025) :

Formule (Entourer la bonne proposition) : Apprenti / Formation continue / Formation initiale
Date d'adhésion (ex : 2 sept. 2023) :

.....

Signature obligatoire :

Ci-joint, règlement par chèque à l'ordre de l'ALESA de 15€ (ou par espèce à la rentrée)

OU

BULLETIN 2 / "Adhésion ALESA + Salle de musculation" pour l'année scolaire 2023-2024:

NOM - prénom :

Filière et promotion (ex: BTSA STA 2023-2025) :

Formule (Entourer la bonne proposition) : Apprenti / Formation continue / Formation initiale
Date d'adhésion (ex : 2 sept. 2023) :

.....

Signature obligatoire :

Je m'engage à respecter le règlement intérieur et les règles de sécurité de la salle de musculation de l'ALESA.

Signature obligatoire :

Ci-joint, règlement par chèque à l'ordre de l'ALESA (Apprenti et Formation continue : 30€ / Formation initiale : 35€) (ou par espèce à la rentrée)



AMICALE DES ANCIENS ELEVES DE L'ENIL DE MAMIROLLE

Bulletin d'adhésion à l'entrée en formation à l'ENIL

Les élèves et les anciens élèves de l'ENIL peuvent compter sur l'Amicale des anciens élèves pour les accompagner durant la formation et pendant leur carrière professionnelle.

Cette association, fondée en 1904, propose notamment à ses adhérents de :

- ✓ Les aider à la recherche de stage.
- ✓ Développer le réseau d'amicalistes en rencontrant des anciens en poste.
- ✓ Recevoir les offres d'emploi tout au long de leur carrière professionnelle pour ne pas passer à côté de belles opportunités. (+ de 300 offres d'emploi/an)
- ✓ Participer aux événements organisés par l'amicale (voyages, repas dansant avec plateau de fromage, week-end jeunes anciens)
- ✓ Soutenir l'organisation des manifestations à destination des apprenants (Mamirobal par exemple).
- ✓ Recevoir le journal de l'Amicale

Pour rejoindre l'Amicale, il suffit de compléter ce bulletin en joignant un chèque de cotisation de 40 € à l'ordre d'Amicale ENIL.

Inscription également possible par CB sur le site : bit.ly/AMICOTIZ

Cette cotisation est illimitée dans le temps.

L'Amicale vous accompagnera pendant toute votre scolarité puis votre carrière

Nom : Prénom :

Formation suivie à l'ENIL :

Adresse :

CP : Ville :

Adresse mail :