



5, rue Alfred Kastler

54320 MAXEVILLE

Tél : 06 31 77 28 16 / 06 03 19 43 68

Mail : inc-school@outlook.fr

Etablissement d'enseignement technique privé n° : 0542597E

## BULLETIN D'INSCRIPTION DSCG

### INFORMATIONS PERSONNELLES

☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

Nom de naissance : .....

Nom d'usage : .....

Prénoms (dans l'ordre selon l'état civil) : .....

Né(e) le : .....

Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

CP-Ville : .....

Téléphone fixe : .....

Portable : .....

E-Mail : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Dernier diplôme obtenu : .....

Situation avant le cursus actuel : .....

Adaptation handicap :

☐ Oui ☐ Non

Formation en initial :

☐ Oui ☐ Non

Formation en alternance :

☐ Oui ☐ Non

Si oui contrat d'alternance trouvé ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui Informations concernant l'entreprise :

Date de début contrat prévue : .....

Nom de l'entreprise : .....

Adresse complète : .....

Nom Représentant de l'entreprise :

Numéro téléphone de la personne à contacter :

Mail de la personne à contacter :

.....

### Si représentant légal

Nom de naissance et prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

E-Mail : .....

Tél. perso. : ..... Tél. prof. : .....

Profession : .....

### Deuxième représentant légal

Nom de naissance et prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

E-Mail : .....

Tél. perso. : ..... Tél. prof. : .....

Profession : .....

### Conjoint ou autre personne à contacter en cas d'accident :

Nom, prénom : .....

Adresse (si différente) : .....

E-Mail : .....

Tél. perso. : ..... Tél. prof. : .....

Profession : .....

Bulletin établi le ...../...../..... en 2 exemplaires.