



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

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 :

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 :

.....

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