

Indice	date
G	23/01/2026



MFR BEL ASPECT

Centre de Formation – CFA

306 Chemin de Bel Aspect – 81600 GAILLAC

05 63 81 21 50 – mfr.gaillac@mfr.asso.fr

Siret :32350606300011 – APE 802A – UAI : 0811037M

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire 2026 / 2027



CAP

Accompagnant Educatif Petite Enfance

Formation en 10 mois

Apprentissage

Financement individuel

Préparation exclusivement aux modules professionnels

Nom et prénom du candidat :

.....

Votre situation actuelle :

Dernier diplôme obtenu :

Année d'obtention :

Dans quel centre de formation ? :

Photo

Régime souhaité : Demi-pension Externe Interne (chambre de 4)

*Le changement de régime ne pourra se faire qu'à la fin de chaque trimestre
(1^{er} janvier ou 1^{er} avril)*

Dossier Suivi par Karine HENRIET

RENSEIGNEMENTS

Nom et prénom :

Sexe F M Nationalité :

Date ET lieu de naissance :

Si vous êtes né(e) hors de France, mentionnez le pays d'origine :

Célibataire Marié(e) Divorcé(e)-Séparé (e) Vie maritale Pacsé(e)

Nombre d'enfants à charge :

Adresse :

CP : Ville :

	Candidat	Responsable légal
Tél fixe		
Tél portable		
Adresse mail		

Possédez-vous le permis de conduire ? Oui non

Nom, Prénom et coordonnées téléphonique d'une personne à contacter en cas d'urgence :

PARCOURS SCOLAIRE

Diplôme obtenu	Date d'obtention

Etes-vous demandeur d'emploi ? oui non

Si oui, êtes-vous indemnisé ? oui non

Numéro identifiant France Travail :

REGIME D'ASSURANCE SOCIALE

A quel régime êtes-vous inscrit ?

- Sécurité Sociale
- Mutualité Sociale Agricole.....
- Autre Régime : Précisez :

- Vous êtes affilié(e) à titre personnel
- Vous êtes affilié(e) à titre d'ayant droit

Je ne suis affilié(e) à aucun régime

Numéro de Sécurité Sociale ou M.S.A. :

Adresse :

VOS EXPERIENCES DANS LE DOMAINE DE LA PETITE ENFANCE

Notez tous les emplois occupés, y compris apprentissage, CES, CEC, CIE, CAE etc. ainsi que les emplois saisonniers, ainsi que les stages effectués dans le secteur de la petite enfance (crèche, école, ...)

Nom et adresse employeur	Date et durée	Nature du poste occupé

Votre projet :

Expliquez en quelques lignes les raisons qui vous motivent pour entreprendre cette formation en 10 mois.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Je soussigné(e)

Sollicite auprès de la MFR de Bel Aspect, mon admission en formation CAP Accompagnant Petite Enfance en 10 mois pour la préparation des modules professionnels seulement.

Fait à : Le :

Signature du candidat :

Inscription pour le CAP Accompagnant Petite Enfance Formation 10 mois

*A remplir pour les candidats **SANS CONTRAT D'APPRENTISSAGE***

Nom : Prénom :

.....

Adresse :

.....

.....

.....

➤ Session de formation : D'août 2025 à juin 2026

Inscription formation à la globalité de modules professionnels : 420 h

Coût de la formation	
Frais d'adhésion :	35.00 €
Frais de dossier :	35.00 €
Frais annexes à la pédagogie :	55.00 €
Financement de la formation :	1 800.00 €
Coût total :	1 925.00 €

Signature du candidat ou du responsable légal pour les mineurs :

Documents à fournir au dossier d'inscription pour les candidats SANS CONTRAT D'APPRENTISSAGE :

- Copie de la carte d'identité ou passeport EN COURS DE VALIDITE ET du livret de famille (parents – enfants)
- Photocopies de vos diplômes
- 2 photos d'identité
- Certificat médical attestant l'aptitude du candidat à effectuer les études choisies
- Photocopie du certificat de vaccinations (à jour)
- La fiche santé ci-jointe au dossier d'inscription
- 1 chèque de 35 € pour les frais d'adhésion à l'association
- 1 chèque de 55 € pour les frais annexes à la pédagogie
- 1 chèque de 35 € pour les frais de dossier
- Attestation de Sécurité Sociale personnelle ou ayant droit (pas de carte vitale)
- Attestation d'assurance responsabilité civile année scolaire 2026-2027 mentionnant les coordonnées de l'apprenant
- 1 RIB et l'autorisation de prélèvement complétée et signée si vous souhaitez le prélèvement automatique pour le coût de la formation et la pension ou demi-pensionnaire
- Photocopie du certificat de participation à la Journée de la défense et la citoyenneté (si déjà effectuée) ou attestation de recensement

Inscription pour le CAP Accompagnant Petite Enfance Formation 10 mois

A remplir pour les candidats **AVEC UN CONTRAT D'APPRENTISSAGE**

Nom : Prénom :

.....

Adresse :

.....

.....

.....

➤ Session de formation : D'août 2025 à juin 2026


Inscription formation à la globalité de modules professionnels : 420 h

Coût de la formation	
Frais d'adhésion :	35.00 €
Frais de formation pris en charge par l'OPCO	00.00€
Coût total :	35.00 €

Signature du candidat ou du responsable légal pour les mineurs :

Documents à fournir au dossier d'inscription pour les candidats AVEC UN CONTRAT D'APPRENTISSAGE :

- Copie de la carte d'identité ou passeport EN COURS DE VALIDITE ET du livret de famille (parents -enfants)
- Photocopies de vos diplômes
- 2 photos d'identité
- Certificat médical attestant l'aptitude du candidat à effectuer les études choisies
- Photocopie du certificat de vaccinations (à jour)
- La fiche santé ci-jointe au dossier d'inscription
- 1 chèque de 35 € pour les frais d'adhésion à l'association
- Attestation de Sécurité Sociale personnelle ou ayant droit (pas de carte vitale)
- Attestation d'assurance responsabilité civile année scolaire 2026-2027 mentionnant les coordonnées de l'apprenant
- 1 RIB et l'autorisation de prélèvement complétée et signée si vous souhaitez le prélèvement automatique pour le coût de la formation et la pension ou demi-pensionnaire
- Photocopie du certificat de participation à la Journée de la défense et la citoyenneté (si déjà effectuée) ou attestation de recensement

MANDAT de Prélèvement SEPA			MFR BEL ASPECT 306 Chemin de Bel Aspect 81600 GAILLAC 05 63 81 21 50
Référence Unique du Mandat			
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) MAISON FAMILIALE RURALE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MAISON FAMILIALE RURALE.			
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.			
Veuillez compléter les champs marqués *			
1	1	2	3
2	3	4	5
3	4	5	6
4	5	6	7
5	6	7	8
6	7	8	9
7	8	9	10
8	9	10	11
9	10	11	12
10	11	12	13
11	12	13	
12	13		
13			
Note: Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.			
Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.			
14	15	16	17
15	16	17	18
16	17	18	19
17	18	19	20
18	19	20	
19	20		
Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.			
A retourner à :		Zone réservée à l'usage exclusif du créancier	

Indice	date
G	23/01/2026

Fiche d'informations relatives à la santé et aux modalités de la scolarité

Les informations recueillies à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement destiné à la MFR BEL ASPECT dans le but d'accueillir en formation vous ou votre enfant. Ces informations sont susceptibles d'être transmises aux membres de l'équipe de la MFR.

RGPD : Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la MFR BEL ASPECT. dans le but de gestion administrative et financière de la formation. Elles seront conservées durant 5 ans et sont destinées au suivi des apprenants (élèves-stagiaires) de la formation initiale/continue.

Conformément aux lois « Informatique & Liberté » et « RGPD », vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification ou d'opposition en contactant le secrétariat de la formation initiale/continue de la MFR BEL ASPECT : tel 05.63.81.21.50 ou par mail mfr.gaillac@mfr.asso.fr.

Je certifie avoir bien pris en compte les informations sur le RGPD.

Je soussigné(e), NOM et Prénom :

Agissant en qualité de représentant légal de l'élève (Nom et Prénom) :

Scolarisé(e) en classe de :

➤ Vous informe que mon enfant a bénéficié par le passé des dispositifs suivants :

P.A.I. P.A.P. Aménagement d'épreuves Dispense EPS

Reconnaissance MDPH : Aide Humaine (A.V.S.)

Aide matérielle


Scolarisation adaptée : ULIS / SEGPA (à entourer).

Autre Préciser :

Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)

Aucun de ces dispositifs

➤ Souhaite que les mesures soient reconduites :

Oui  **Fournir les justificatifs nécessaires** Non

➤ Vous informe que mon enfant présente des troubles de l'apprentissage :

Dysorthographe Dyspraxie Trouble de l'attention (TDA/H)

Dysphasie Dyscalculie Dyslexie

Aucun

Autres lesquels :

Si vous refusez que les informations relatives aux troubles des apprentissages (ou autres situations pouvant entraîner des aménagements particuliers lors des sessions de formation en entreprise) soient communiquées aux Maîtres de stage par les membres de l'équipe chargés du suivi en stage, merci de cocher la case suivante.....

Tournez SVP →

➤ Demande un aménagement d'épreuves pour l'examen du (aucune demande ne sera traitée sans justificatifs)

- DNB – Série professionnelle
- CAP
- Bac Pro
- BP
- BTS

➤ Je ne demande aucun aménagement d'épreuves à l'examen

➤ J'autorise la MFR à informer le maître de stage ou d'apprentissage de la situation de santé ou d'handicap de mon jeune

Fait à,

Le

Signature des parents,

Mention manuscrite « lu et approuvé »



Joindre impérativement les justificatifs (à agraffer à cette fiche de renseignements) :

PAI : ordonnance(s) à jour ET protocole d'urgence (le cas échéant), trousse médicale. **Veillez à vérifier la date de péremption des médicaments : ils doivent couvrir l'intégralité de la période de formation ou être renouvelés par vos soins le cas échéant.**

PAP : PAP en cours précédemment. A défaut, des bilans (ou leurs conclusions) réalisés par des professionnels spécialisés.

Reconnaissance MDPH : notification MDPH en cours de validité, notamment si aide humaine ou matérielle nécessaire. PPS établi par la MDPH ou GEVA_SCO de la dernière ESS.

Demande d'aménagement d'épreuves : voir dossier administratif.

FICHE DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e) M / Mme..... Apprenant en
classe de CAP Accompagnant Educatif Petite Enfance,

Représentant légal (pour les mineurs) M / Mme.....

Autorise à être photographié(e), filmé(e), enregistré(e) durant toute la durée de ma
formation Dans l'enceinte de la MFR Bel Aspect oui

non

Dans nos diffusions extérieures à la MFR Bel Aspect oui non

➤ Site : www.mfr-gaillac.fr oui non

➤ Facebook « MFR BEL ASPECT », Page
Officielle (vous permet de pouvoir suivre
l'actualité des jeunes et apprenants sur des
actions, événements et sur la vie résidentielle) oui non

➤ Presse (articles sur des actions, voyages,
événements...) oui non

Fait le

Signature de l'apprenant

Signature du représentant légal

Indice	date
G	23/01/2026



MFR BEL ASPECT

Centre de Formation – CFA

306 Chemin de Bel Aspect – 81600 GAILLAC
 05 63 81 21 50 – mfr.gaillac@mfr.asso.fr
 Siret :32350606300011 – APE 802A – UAI : 0811037M

Accord de principe d'un employeur

Uniquement pour les apprentis

🔗 L'apprenti (e)

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : Portable :

Pour les mineurs :

Responsable légal :

Adresse :

Téléphone : Portable :

🔗 L'entreprise adhérente

★Identification de la structure

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Mail : @

Nom de la personne responsable :

Nature (ex : crèche, école...) :

Secteur d'activité : Public Privé

★Personne rencontrée :

Nom :

Fonction :

Signature :

Cachet de la structure :