



CFA - MFR d'Éducation et d'Orientation  
 BP 50031  
 Rue de Tressé  
 49420 POUANCÉ  
 Tel : 02 41 92 43 28  
[mfr.pouance@mfr.asso.fr](mailto:mfr.pouance@mfr.asso.fr)  
 SIRET : 786 189 845 00013      CODE ACTIVITÉ : 8532Z  
 CFA enregistré sous le numéro d'activité 52490357949

## FICHE DE RENSEIGNEMENT 2020/2021

### CLASSE ENVISAGÉE :

- 4eme                       3eme  
 2nde                       1ere GCEH                       Terminale CGEH  
 CAPa Lad Cavalier d'entraînement 1ere année       CAPa Lad Cavalier d'entraînement 2eme année  
 CAPa Palefrenier Soigneur 1ere année                       CAPa Palefrenier Soigneur 2eme année

### LE CANDIDAT :

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Date de naissance :		Lieu de naissance :	
Sexe :		Tel portable du candidat :	
Adresse mail :			

Quelles sont les raisons principales de la demande d'inscription à la MFR :

Quel est le projet professionnel du candidat :

Est-ce que le candidat a déjà réalisé des stages, pendant combien de temps, pour quel bilan ?

**LE PÈRE :**

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Tel fixe :		Tel portable :	
Adresse mail :			
Profession :			
Employeur :		Tel professionnel :	

**LA MÈRE :**

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Tel fixe :		Tel portable :	
Adresse mail :			
Profession :			
Employeur :		Tel professionnel :	

**SITUATION DES PARENTS :**

Mariés
  Union libre
  Pacs
  Veuf/veuve
  Divorcé

**LA CONJOINTE DU PÈRE :**

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Tel fixe :		Tel portable :	
Adresse mail :			
Profession :			
Employeur :		Tel professionnel :	

**LE CONJOINT DE LA MÈRE :**

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Tel fixe :		Tel portable :	
Adresse mail :			
Profession :			
Employeur :		Tel professionnel :	
Adresse mail pro :			

**FRÈRES ET SOEURS :**

Nom :	Prénom :	Date de naissance :	Situation actuelle :

Observations éventuelles sur l'entourage familial (particularités à prendre en compte pendant l'année) :

--

**Renseignements complémentaires :**

Spécialiste :	Nom :	Adresse :	Téléphone :
Éducateur / assistante sociale :			
Orthophoniste :			
Psychologue / psychiatre :			
Autre (à préciser) :			

**Besoins spécifiques:**

Besoins :	Précisions :		En cours depuis (date) :
Physique :		PAI	
Dys +	Dyslexie / Dysorthographe / Dysphasie / Dyspraxie / Dyscalculie	PAP	
Reconnaissance de handicap :		PPS	
AVS souhaité ?		AVS	

Observations / divers :

--