



**Lycée Frédéric Mistral – 13008 Marseille**  
Lycée des Métiers de l'Automobile et du Secteur Tertiaire Associé  
46, Boulevard de Sainte-Anne. 13008 MARSEILLE.  
Tél : 04.91.29.12.00. Fax : 04.91.29.12.20.



**DOSSIER DE CANDIDATURE**  
**Formation T.A.C.**  
**Année Scolaire 2024 - 2025**



**Votre inscription au lycée Frédéric Mistral sera validée uniquement lors de la réception de tous les documents demandés si votre candidature est Admise par la commission de recrutement.**

**Documents à renvoyer avant le 15 juin par courrier et/ou par mail à L'attention de**

Madame MARTIN  
Section Aérographie

Lycée des Métiers de l'Automobile et des Services aux Entreprises Frédéric MISTRAL  
46 Bd de Sainte-Anne 13008 MARSEILLE

- Photocopie du diplôme exigé si vous en êtes déjà titulaire (pour les candidats préparant le diplôme exigé, ce document devra obligatoirement être fourni dès l'obtention).
- Photocopies des bulletins scolaires des deux dernières années de formation.
- Attestation assurance scolaire
- Photocopie des pages vaccinations du carnet de santé (DT Polio et ROR = Rougeole, Oreillons, Rubéoles - Pages 66 et 67 des carnets classiques)
- 2 Photographies d'identité récentes
- EXEAT (certificat de radiation à demander à l'établissement d'origine)
- Un RIB (Pensez à noter le nom, prénom et la classe de l'élève au recto).

1 chèque de 10€ à l'ordre de la MDL (maison des lycéens) qui ne sera encaissé que si l'inscription est validée

**Documents à donner le jour de la rentrée scolaire**

**LOGEMENT**

Nous disposons d'une dizaine de place à l'internat du lycée Jean Perrin 13010 si vous êtes intéressés, **pensez à nous le signaler rapidement**



- **Lycée Frédéric Mistral – 13008 Marseille**
- Lycée des Métiers de l'Automobile et du Secteur Tertiaire Associé
  - 46, Boulevard de Sainte-Anne. 13008 MARSEILLE.
  - Tél : 04.91.29.12.00. Fax : 04.91.29.12.20.

DOSSIER DE CANDIDATURE ANNÉE 2024/2025

## FORMATION COMPLEMENTAIRE

## TUNING AEROGRAFIE CARROSSERIE

Candidat :

Nom : .....

Prénom : .....

Diplôme(s) préparé(s) : .....

Spécialité : .....

Diplôme(s) obtenu(s) : .....

Spécialité : .....

Connaissances professionnelles :

.....

.....

.....

.....

.....

Expériences professionnelles :

.....

.....

.....

.....

---

Partie réservée à l'établissement fréquenté par le candidat :

(Obligatoire pour les candidats scolarisés.)

Avis du conseil des professeurs sur l'opportunité de la demande :

- Très favorable
- Favorable
- Réservé

Observations :

.....

.....

.....





# Fiche de scolarité 2024.2025

## Identité de l'élève

Nom : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... à ..... Nationalité : .....

Dernier établissement connu fréquenté par l'élève

Établissement : ..... Classe : ..... Commune : .....

## RESPONSABLES LEGAUX

**Responsable légal 1** (responsable financier) (si autre père ou mère)  
 précisez.....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél Dom : ..... Tél Travail : ..... Tél Portable : .....

**Adresse mail obligatoire et lisible** : .....

Situation emploi : ..... Profession : .....

**Responsable légal 2** (si autre père ou mère) précisez .....

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél Dom : ..... Tél Travail : ..... Tél Portable : .....

**Adresse mail obligatoire et lisible** : .....

Situation emploi : ..... Profession : .....

### **Adresse de l'élève si différent des parents**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél Portable élève : ..... Mail : .....



**Fiche Infirmerie**  
 A remettre sous pli cacheté avec la mention  
 « CONFIDENTIEL INFIRMERIE »

**Identité de l'élève**

Classe : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Numéro Sécurité Sociale de l'élève (s'il en a un) : .....

Né(e) le : ..... à : .....

Tél. de l'élève : ..... Mail de l'élève : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

**Responsable légal 1**

Lien de parenté : .....

Nom : ..... Prénom : .....

Tél Port. .... Mail : .....

**Santé** : Votre enfant souffre-t-il d'une de ces affections ?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Affection respiratoire chronique           | <input type="checkbox"/> Hémophilie                          |
| <input type="checkbox"/> Arthrite chronique juvénile                | <input type="checkbox"/> Intolérance alimentaire             |
| <input type="checkbox"/> Asthme                                     | <input type="checkbox"/> Leucémie                            |
| <input type="checkbox"/> Cancer                                     | <input type="checkbox"/> Maladie des Crohn                   |
| <input type="checkbox"/> Cardiopathie                               | <input type="checkbox"/> Mucoviscidose                       |
| <input type="checkbox"/> Drépanocytose                              | <input type="checkbox"/> Syndrome d'immunodéficience humaine |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie                                  | <input type="checkbox"/> Transplantation d'organe            |
| <input type="checkbox"/> Greffe de moelle et autre greffe           | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale                 |
| <input type="checkbox"/> Myopathie et autres maladies dégénératives | <input type="checkbox"/> Autre                               |

Allergies :  Non  Oui A quoi ? : .....

Médecin traitant : ..... Médecin spécialiste : .....

Votre enfant prend-t-il un traitement médical :  Oui  Non (Fournir l'ordonnance valide)

PAI demandé :  Oui  Non (fournir les éléments médicaux à l'infirmière)



**Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence.  
 La famille est immédiatement avertie par l'infirmière et/ou la vie scolaire.**

**Signature des parents**

