

**LYCEE D'ENSEIGNEMENT TECHNOLOGIQUE ET PROFESSIONNEL PRIVE
ETABLISSEMENT RECONNU PAR L'ETAT**

39/45 Rue Raspail - 93107 MONTREUIL Cedex

Service Inscriptions : **01 49 88 46 67** Courriel : elio.lumbroso@ort.asso.fr

DOSSIER DE CANDIDATURE ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

FORMATION DEMANDEE	
<p>1^{re} année <input type="checkbox"/> 2^e année <input type="checkbox"/> 3^e année <input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/> CSI Initial</p> <p><input type="checkbox"/> PREPA WEB & SR</p> <p><input type="checkbox"/> PREPA BTS OL</p> <p><input type="checkbox"/> PREPA BTS PD</p> <p><input type="checkbox"/> PREPA AUDIOPROTHESISTE</p>
<input type="checkbox"/> BTS Optique Lunetterie	<input type="checkbox"/> DCG
<input type="checkbox"/> BTS Services Informatiques aux Organisations	
<input type="checkbox"/> BTS Comptabilité et Gestion	

JOINDRE LES PIECES SUIVANTES

- Photocopie du relevé des notes obtenues des diplômes obtenus
 - Photocopies des bulletins trimestriels de la classe de terminale
 - 10 timbres postaux (tarif en vigueur)
 - Exeat ou photocopie de votre carte d'étudiant
 - Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
 - 90 € pour les frais de dossier - non inclus dans la participation des familles et non remboursables
 - CV et lettre de motivation
- Pour les étudiants étrangers**
- Photocopie du titre de séjour et du passeport
 - Extrait d'acte de naissance récent (moins de 3 mois)

Sécurité sociale

- Copie de la carte de sécurité sociale de l'étudiant

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETE

**LYCEE D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR TECHNOLOGIQUE ET PROFESSIONNEL PRIVE
ETABLISSEMENT RECONNU PAR L'ETAT**

39/45 Rue Raspail - 93107 MONTREUIL Cedex

Service Inscriptions : **01 49 88 46 51** Courriel valerie.partouche@ort.asso.fr

Site : www.ortmontreuil.fr

DOSSIER DE CANDIDATURE ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ALTERNANCE

SPECIALITE SOLLICITEE	
<p>1^{re} année <input type="checkbox"/> 2^e année <input type="checkbox"/></p>	
<p><input type="checkbox"/> BTS OPTICIEN - LUNETIER</p>	<p><input type="checkbox"/> CSI <input type="checkbox"/> MS2I</p> <p><input type="checkbox"/> DSCG1 <input type="checkbox"/> DSCG2</p>
<p><input type="checkbox"/> BTS PROTHESISTE DENTAIRE</p> <p><input type="checkbox"/> BTS MANAGEMENT DES UNITES COMMERCIALES</p>	<p><input type="checkbox"/> PROTHESE DENTAIRE NUMERIQUE</p> <p><input type="checkbox"/> LICENCE PROFESSIONNELLE METIERS DE L'OPTIQUE ET DE LA VISION</p> <p><input type="checkbox"/> LICENCE PROFESSIONNELLE WEB ANALYTICS</p>

JOINDRE LES PIECES SUIVANTES

- Photocopie du relevé des notes obtenues au Baccalauréat ou au BTS
- Photocopies des bulletins trimestriels de la classe de terminale ou BTS
- 10 timbres postaux (tarif en vigueur)
- Exeat ou photocopie de votre carte étudiante
- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- 90 € pour les frais de dossier - non inclus dans la participation des familles et non remboursables
- CV et Lettre de motivation

Pour les étudiants étrangers

- Photocopie du titre de séjour

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETE

FICHE D'INSCRIPTION - ANNEE SCOLAIRE 2018-2019

Date d'inscription :.....

ETAT CIVIL DE L'APPRENTI

Nom :

Prénom :

2^{ème} Prénom.....

Sexe : Masculin Féminin

☎ Mobile:

☎ Domicile :

E-mail:

Date de naissance:

Lieu:.....Département :.....

Pays :.....

Nationalité :.....

Numéro Sécurité Sociale:

Adresse

.....

CP Ville

Date d'entrée dans l'établissement:.....

DEMANDE D'INSCRIPTION

1^{ère} année

2^{ème} année

BTS PROTHESISTE DENTAIRE

BTS MANAGEMENT DES UNITES COMMERCIALES

BTS OPTICIEN LUNETIER

LICENCE WEB ANALYTICS

PROTHESE DENTAIRE NUMERIQUE

LICENCE DES METIERS DE L'OPTIQUE ET DE LA VISION

CSI

MS2I

DSCG

DECISION DU CHEF D'ETABLISSEMENT

Admis sous réserve de la signature du contrat d'apprentissage

Observations :

.....

Date et Visa du Chef d'Etablissement

FICHE FAMILLE ET EMPLOYEUR

ETABLISSEMENT D'ORIGINE

Nom de l'établissement :

Adresse complète :

Classe fréquentée

ou cursus (précisez) :

Etablissement : Public Privé Privé hors contrat

Langues vivantes étudiées : LV1LV2

Baccalauréat préparé session..... :

Etes-vous déjà titulaire d'un Baccalauréat oui non

Si oui, lequel :

FICHE EMPLOYEUR

* Raison sociale.....

* Adresse.....

* Tél.....

* Email.....

* Nom du responsable

* Numéro SIRET

* Code APE.....

* Début du contrat

RESPONSABLE

Précisez le lien parenté :

Nom :

Prénom :

 Portable..... Bureau

Email:

Occupe un emploi Au chômage Autre :

Profession :Société

FRAIS DE DOSSIER

paiement 90 € espèces chèque



LYCEE D'ENSEIGNEMENT TECHNOLOGIQUE ET PROFESSIONNEL PRIVE ETABLISSEMENT RECONNU PAR L'ETAT

39/45 Rue Raspail - 93107 MONTREUIL Cedex

Service Inscriptions : **01 49 88 46 51** Courriel : valerie.partouche@ort.asso.fr

Site : www.ort-montreuil.fr

Vos motivations pour cette formation :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Votre expérience professionnelle:

Période	Entreprise	Poste occupé