

Dossier d'inscription au lycée Eiffel

Année scolaire 2019/2020

BTS

IDENTITE de L'ELEVE

| | | | |
|----------------------|--|---------------------------------|---|
| NOM : | | Prénom : | |
| Autre(s) prénom(s) : | | Sexe : | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| Date de Naissance : | | Majeur <input type="checkbox"/> | Mineur <input type="checkbox"/> |
| Lieu de naissance : | | Département de naissance : | |
| Pays de naissance : | | Nationalité : | |

ADRESSE DE L'ELEVE (si différente du responsable légal) :

N° Portable Elève :

Le dossier doit être constitué des pièces suivantes (Tout dossier incomplet sera refusé)

| | |
|--|---|
| Réservé à l'administration | Autorisation de sortie avec une photo collée |
| | Fiche administrative en cas d'urgence avec une photo collée |
| | Fiche signalétique infirmerie avec une photo collée |
| | Photocopie des vaccins |
| | Adhésion à la « Maison des Lycéens » + photo |
| | Un chèque de 12€ à l'ordre de « Maison des Lycéens » en cas d'adhésion (indiquez le nom de l'élève au verso du chèque) |
| | Photocopie de la carte nationale d'identité recto-verso |
| | Photocopie du certificat individuel de participation à la Journée Défense et Citoyenneté ou de l'attestation de recensement |
| | Relevé d'identité bancaire du responsable financier (Versement des bourses, primes d'équipement ...) |
| | Photo d'identité pour le carnet de correspondance |
| | Mandat de prélèvement SEPA (Uniquement en cas de demande) |
| Photocopie du jugement de divorce ou de séparation si nécessaire | |

RESPONSABLE LEGAL 1:

Autorise la communication de mes coordonnées aux associations de parents d'élèves

Responsable financier OUI NON

| | |
|--|---|
| Lien de parenté : Père et mère conjointement <input type="checkbox"/> Père seul <input type="checkbox"/> Mère seule <input type="checkbox"/> | |
| Autre (à préciser) : _____ | |
| NOM Prénom M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> | |
| Téléphone domicile : | Liste rouge <input type="checkbox"/> Téléphone bureau : |
| Adresse : | Téléphone portable Envoi de SMS pour les absences |
| Code postal : | Ville : |
| Courriel : | |
| Profession : | |
| En emploi <input type="checkbox"/> au chômage <input type="checkbox"/> | Employeur : |
| En retraite <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> | |

RESPONSABLE LEGAL 2 :

Autorise la communication de mes coordonnées aux associations de parents d'élèves

Responsable financier OUI NON

| | |
|--|---|
| Lien de parenté : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____ | |
| NOM Prénom M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> | |
| Téléphone domicile : | Liste rouge <input type="checkbox"/> Téléphone bureau : |
| Adresse : | Téléphone portable |
| Code postal | Ville |
| Courriel : | |
| Profession : | |
| En emploi <input type="checkbox"/> au chômage <input type="checkbox"/> | Employeur : |
| En retraite <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> | |

En l'absence de responsable légal 1 ou légal 2, merci d'indiquer le nom de la structure responsable et de la personne référente à contacter ainsi que les coordonnées

.....

.....

.....

L'élève bénéficie-t-il d'un suivi éducatif ? OUI NON

PARCOURS SCOLAIRE ANNEE 2018/2019

| |
|--------------------------------|
| Etablissement d'origine : |
| Adresse : |
| Ville : |
| Division - Classe fréquentée : |
| Dernier diplôme obtenu : |

INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2019/2020

| | |
|---|--|
| <u>FORMATION DEMANDEE :</u> | |
| ENVELOPPE DES BATIMENTS (EB) | <input type="checkbox"/> |
| FLUIDE ENERGIE DOMOTIQUE (FED) | <input type="checkbox"/> |
| TRAVAUX PUBLICS (TP) | <input type="checkbox"/> |
| MAINTENANCE DES VEHICULES (MV VP) | <input type="checkbox"/> |
| MOTEUR A COMBUSTION INTERNE (MCI) | <input type="checkbox"/> |
| ↳ <u>Redoublant</u> : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |
| <u>LV1 obligatoire : ANGLAIS</u> | <u>LV2 facultative : ALLEMAND</u> |
| | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |
| | L'inscription vaut engagement à suivre l'option toute l'année. Il ne sera autorisé aucun arrêt en cours d'année. |

| | |
|--|--|
| Régime : | |
| Externe <input type="checkbox"/> | Interne <input type="checkbox"/> |
| Demi-Pensionnaire <input type="checkbox"/> | Interne externé <input type="checkbox"/> (les 3 repas sans nuitée) |

| |
|--|
| <u>Candidat au Conseil des délégués pour la Vie Lycéenne</u> (Tous niveaux) |
| OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> |

Année scolaire : 2019-2020

Classe :

FICHE ADMINISTRATIVE EN CAS D'URGENCE MEDICALE

Photo récente
obligatoire
(A coller)

Je soussigné(e) :

Père Mère Autre (préciser) :

Responsable de l'élève

NOM : Prénom : né(e) le :

Déclare autoriser, par la présente, le Chef d'Etablissement à prendre toutes mesures d'urgence, tant médicale que chirurgicale et à faire hospitaliser s'il y a lieu.

Pour information : en cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services des secours vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

NB : En cas d'impossibilité de la famille d'assurer le retour de l'élève à l'internat ou dans sa famille, une société de taxi messine sera sollicitée par le lycée pour assurer la course, le règlement sera assuré par le lycée par mandat administratif puis facturé à la famille.

Fait à, le

Signature précédée de la mention « Lu et Approuvé »

RENSEIGNEMENTS UTILES

| NUMERO DE TELEPHONE | |
|---------------------|------------------|
| DOMICILE | Fixe : |
| | Portable : |
| TRAVAIL | Fixe : |
| | Portable : |

En cas de besoin, correspondant éventuel à prévenir

| | |
|---------------------|------------------|
| NOM | |
| ADRESSE | |
| | |
| | |
| NUMERO DE TELEPHONE | Fixe : |
| | Portable : |

Numéro d'immatriculation (Sécurité Sociale) propre à l'élève, si celui-ci est immatriculé (Ne pas indiquer celui des parents)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**FICHE
SIGNALETIQUE**

PHOTO

**SERVICE INFIRMIER
ANNEE SCOLAIRE 2019/2020**

IDENTITE DE L'ELEVE

NOM : _____ **PRENOM :** _____ **CLASSE :** _____

SEXE : _____ **NATIONALITE :** _____

ADRESSE : _____

REGIME : **DEMI-PENSIONNAIRE**

EXTERNE

INTERNE

TEL : _____

Né(e) le : _____ **à :** _____

N° sécurité sociale : _____

Nb de frères et sœurs : _____ **dans l'établissement :** _____

PERE : _____

MERE : _____

Nom : _____

Nom : _____

Prénom : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Profession : _____

Tél portable : _____

Tél portable : _____

Tél domicile : _____

Tél : domicile _____

Tél travail : _____

Tél travail : _____

RESPONSABLE DE L'ELEVE

NOM - Prénom : _____

Lien de parenté : Père - Mère - Tuteur - Autre (préciser) : _____

Adresse : _____

Tél : _____

**PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ET D'ABSENCE
DES PARENTS**

M./Mme : _____ Tél : _____

Lien de parenté :

M. /Mme : _____ Tél : _____

Lien de parenté : _____

VACCINATIONS

COPIE CARNET DE VACCINATION LISIBLE (merci d'informer l'infirmière si des vaccinations sont réalisées pendant les vacances d'été).

IMPORTANT

1° USAGE DES MEDICAMENTS

Aucun remède ne peut être laissé à la libre disposition des élèves, même ceux dont la dose quotidienne semble inoffensive, mais qui constituent par accumulation ou par excès, un danger.

Si un traitement en cours a besoin d'être pris pendant les heures de présence au lycée, celui-ci sera déposé à l'infirmerie accompagné obligatoirement d'une ordonnance médicale au nom de l'élève, ainsi qu'une autorisation d'administrer le traitement en l'absence de l'infirmière.

Cependant pour les élèves asthmatiques, il est souhaitable que ceux-ci gardent avec eux leur traitement broncho dilatateur (ventoline,...).

N° ET ADRESSE DU CENTRE DE SECURITE SOCIALE

N° ET ADRESSE DE L'ASSURANCE SCOLAIRE

NOM DU MEDECIN TRAITANT DE LA FAMILLE

Docteur :

NOM DU MEDECIN SPECIALISTE EN CAS DE SUIVI

Docteur :

ANTECEDENTS

MEDICAUX - CHIRURGICAUX

MALADIES CHRONIQUES DONT L'ELEVE EST ATTEINT

Pathologie cardiaque, hémophilie, diabète, insuffisance rénale, épilepsie, asthme, maladie génétique, allergie (à préciser), autre...

ALLERGIES

TRAITEMENT MEDICAL ACTUEL, S'IL Y A LIEU

-

2° MALADIES CHRONIQUES

Dans le cas où l'élève est atteint d'une maladie chronique, il est invité à se présenter au service infirmier.

De plus, les parents doivent déposer une médication d'urgence à l'infirmierie avec une ordonnance médicale au nom de l'élève.

Avez-vous bénéficié d'aménagement des épreuves ?

Si oui,

Dans le cadre du PAP ?

Dans le cadre d'un PAI ?

Quelles épreuves ? Année ?

Quel type d'aménagement ?

L'élève est-il suivi MDPH ?

OUI

NON

3° URGENCE MEDICALE OU CHIRURGICALE

Autorisation de traitement : le répondant de l'élève désigné ci-contre autorise le Chef d'établissement à prendre toutes les mesures d'urgences, tant médicales que chirurgicales, y compris une hospitalisation éventuelle.

→ Les frais de transport sont à la charge des parents, s'il n'y a pas de prise en charge par la CPAM.

DATE :

SIGNATURE :

(Lu et approuvé)

**FICHE SIGNALETIQUE
CONFIDENTIELLE
A REMETTRE SOUS ENVELOPPE
A L'ATTENTION DU SERVICE
INFIRMIER DU LYCEE**

Nom :

Prénom :

Classe :

Externe

Demi-pensionnaire

Interne

Photo à
coller

Pour les élèves externes :

J'autorise

Je n'autorise pas

mon enfant à sortir de l'établissement lorsqu'il n'a pas cours (heures de permanence, absence de professeurs, report ou suppression de cours)

Signature des parents :

Pour les élèves demi-pensionnaires:

J'autorise

Je n'autorise pas

mon enfant à sortir de l'établissement lorsqu'il n'a pas cours (heures permanence, absence de professeurs, report ou suppression de cours)

Signature des parents :

Pour les élèves internes:

J'autorise

Je n'autorise pas

mon enfant à sortir de l'établissement lorsqu'il n'a pas cours (heures permanence, absence de professeurs, report ou suppression de cours)

J'autorise

Je n'autorise pas

mon enfant à quitter l'établissement entre 17h30 et 18h25, heure premier appel pour les élèves internes.

Signature des parents :

NOM :

PRENOM :

Classe :

MAISON DES LYCÉENS (*Adhésion facultative*)

La Maison des Lycéens (MDL) est une association qui est organisée, animée et gérée par les lycéens, avec l'appui d'adultes du lycée.

La MDL organise des projets culturels, artistiques, sportifs. La cotisation pour l'année scolaire s'élève à 12 euros.

J'adhère à la Maison des Lycéens du Lycée EIFFEL

Je règle la somme de 12 Euros : par chèque en espèces

(inscrire au verso le nom et le niveau d'études 2019/2020 de l'élève)

Je joins également une photo qui sera collée sur la carte de membre

(inscrire au verso le nom et le niveau d'études 2019/2020 de l'élève)

(Adhésion facultative)

J'autorise mon enfant à participer aux éventuelles sorties organisées par la M.D.L.

OUI

NON

Signature des Parents :

Signature de l'élève :

N.B. : Les documents ci-dessous seront consultables sur le site du lycée

<http://www.lycee-eiffel.fr/>

- liste des manuels scolaires et du matériel
- trousseau pour l'internat
- modalités de remboursement des frais de stage
- sécurité sociale étudiante
- bourse d'enseignement supérieur