

# DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire : 2022-2023

Formation : **BTS** Classe : \_\_\_\_\_

## IMPRESSION DU DOSSIER UNIQUEMENT EN RECTO

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

<b>Réservé à l'administration</b>	<input type="checkbox"/>	Autorisation de sortie
	<input type="checkbox"/>	Fiche signalétique infirmerie
	<input type="checkbox"/>	Adhésion à la « Maison des Lycéens »
	<input type="checkbox"/>	Un chèque de 15 € à l'ordre de « Maison des Lycéens » en cas d'adhésion (indiquez le nom de l'élève au verso du chèque)
	<input type="checkbox"/>	Photocopie du diplôme du bac ou relevé de notes de la session 2022
	<input type="checkbox"/>	Relevé d'identité bancaire du responsable financier
	<input type="checkbox"/>	Mandat de prélèvement SEPA (Uniquement en cas de demande)
	<input type="checkbox"/>	Photocopie du jugement de divorce ou de séparation si nécessaire <i>(joindre uniquement la partie décision portant sur la garde et sur l'exercice de l'autorité parentale)</i>

### IDENTITE DE L'ELEVE

Nom de famille : nom de naissance, obligatoire

Prénoms : dans l'ordre de l'état civil Nom d'usage : uniquement pour le nom d'époux/épouse Né(e) le : sous la forme JJ/MM/AAAA

Département de naissance : code département sous la forme XXX (ex. : 075 pour Paris) pour les élèves nés en France

Nom de famille \* : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

Nom d'usage \* : \_\_\_\_\_ Né(e) le \* : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Prénom 1 \* : \_\_\_\_\_ Prénom 2 : \_\_\_\_\_ Prénom 3 : \_\_\_\_\_

Commune de naissance : \_\_\_\_\_ Département de naissance \* : \_\_\_\_\_

Pays de naissance : \_\_\_\_\_ Nationalité : \_\_\_\_\_

### COORDONNEES DE L'ELEVE

*L'élève habite chez* : n'indiquer qu'un seul responsable parmi les représentants légaux ou la personne en charge, même dans le cas où l'élève habite chez ses deux parents, ensemble ou séparément.


*L'élève possède sa propre adresse* : dans ce cas uniquement, remplir les champs adresse, code postal, commune et pays.


L'élève habite chez \* : \_\_\_\_\_

Possède sa propre adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

 domicile : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

 mobile (si majeur) : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE LEGAL \***A contacter en priorité : Responsable financier : 

Le *représentant légal* détient l'autorité parentale sur l'élève mineur soit par nature (parents), soit sur décision de justice. Il peut accomplir tous les actes relatifs à la scolarité de l'élève.

Le *lien avec l'élève* est à choisir parmi : mère, père, ascendant (grand-parent), fratrie (sœur, frère), autre membre de la famille (oncle, tante, cousin, etc.), tuteur, élève lui-même (pour les élèves majeurs), Aide Sociale à l'Enfance, éducateur, assistant familial, autre lien (ex. : beau-parent)

Lien avec l'élève \* : \_\_\_\_\_ Civilité : Mme  M. 

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves :

☎ domicile : \_\_\_\_\_ ☎ travail : \_\_\_\_\_

☎ mobile : \_\_\_\_\_ J'accepte de recevoir des SMS : 

Profession ou catégorie socio-professionnelle : \_\_\_\_\_

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves *(cf : article D111-8 du Code de l'Education)***RESPONSABLE LEGAL \***A contacter en priorité : Responsable financier : 

Le *représentant légal* détient l'autorité parentale sur l'élève mineur soit par nature (parents), soit sur décision de justice. Il peut accomplir tous les actes relatifs à la scolarité de l'élève.

Le *lien avec l'élève* est à choisir parmi : mère, père, ascendant (grand-parent), fratrie (sœur, frère), autre membre de la famille (oncle, tante, cousin, etc.), tuteur, élève lui-même (pour les élèves majeurs), Aide Sociale à l'Enfance, éducateur, assistant familial, autre lien (ex. : beau-parent)

Lien avec l'élève \* : \_\_\_\_\_ Civilité : Mme  M. 

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves :

☎ domicile : \_\_\_\_\_ ☎ travail : \_\_\_\_\_

☎ mobile : \_\_\_\_\_ J'accepte de recevoir des SMS : 

Profession ou catégorie socio-professionnelle : \_\_\_\_\_

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves *(cf : article D111-8 du Code de l'Education)*

## UTRE PERSONNE A CONTACTER

Le lien avec l'élève est à choisir parmi : mère, père, ascendant (grand-parent), fratrie (sœur, frère), autre membre de la famille (oncle, tante, cousin, etc.), tuteur, élève lui-même (pour les élèves majeurs), Aide Sociale à l'Enfance, éducateur, assistant familial, autre lien (ex. : beau-parent)

Lien avec l'élève \* : \_\_\_\_\_ Civilité : Mme  M.

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

☎ domicile : \_\_\_\_\_ ☎ travail : \_\_\_\_\_

☎ mobile : \_\_\_\_\_ J'accepte de recevoir des SMS :

## AUTRE RENSEIGNEMENTS

Adresse du centre de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

N° et adresse de l'assurance scolaire : \_\_\_\_\_

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

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence 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 ou, pour les élèves internes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur de l'établissement.

## AUTORISATION D'ENREGISTREMENT ET D'UTILISATION DE L'IMAGE

La présente demande est destinée à recueillir le consentement nécessaire dans le cadre de la captation, l'exploitation et l'utilisation de l'image (photographie) quel que soit le procédé envisagé.

**Finalités : Gestion administrative et activités strictement internes à l'établissement : trombinoscope, profils sur ENT...**

Agissant en qualité de représentant(s) légaux de l'élève : Nom, Prénom \_\_\_\_\_

Je (nous) soussigné-e(s) :  
Nom, Prénom (parent 1) \_\_\_\_\_  
Demeurant : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom (parent 2) \_\_\_\_\_  
Demeurant : \_\_\_\_\_

- Autorise la captation de l'image de l'enfant et l'utilisation qui en sera faite par son établissement  
 N'autorise pas la captation de l'image de l'enfant

Signature

- Autorise la captation de l'image de l'enfant et l'utilisation qui en sera faite par son établissement  
 N'autorise pas la captation de l'image de l'enfant

Signature

## PARCOURS SCOLAIRE ANNEE 2021/2022

Etablissement d'origine : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal - Ville : \_\_\_\_\_

Division – Classe fréquentée : \_\_\_\_\_

Dernier diplôme obtenu : \_\_\_\_\_

Session : \_\_\_\_\_

## INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2022/2023

Formation demandée :	1 <sup>ère</sup> année	2 <sup>ème</sup> année	En formation initiale	en apprentissage
Enveloppe des Bâtiments (EB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fluides Energie Domotique Opt A (FED)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fluides Energie Domotique Opt B (FCA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Maintenance des Véhicules Opt VP (MV VP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maintenance des Véhicules Opt TR (MV TR)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motorisations Toutes Energies (MTE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Travaux Publics (TP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↳ Redoublant : OUI  NON

LV1 obligatoire : ANGLAIS

LV2 facultative : ALLEMAND

OUI  NON

L'inscription vaut engagement à suivre l'option toute l'année. Il ne sera autorisé aucun arrêt en cours d'année.

**Régime :**

Externe

Interne

Demi-Pensionnaire

Interne externé  (les 3 repas sans nuitée)

**Candidat au Conseil des délégués pour la Vie Lycéenne (Tous niveaux)**

OUI  NON

Je certifie l'exactitude des informations renseignées ci-dessus.

Date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature

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

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

- \* **Le calendrier de rentrée**
- \* **Le calendrier des PFMP (Périodes de Formation en Milieu Professionnel)**
- \* **Les manuels scolaires** (la liste sera communiquée à la rentrée scolaire selon les disciplines)
- \* **Le trousseau Internat**
- \* **Les modalités de règlement des frais d'hébergement**
- \* **Les modalités du remboursement des frais de stage**
- \* **Formulaire de demande de remboursement des frais de stage**
- \* **Le fonds social**
- \* **Le CVL**

# AUTORISATION DE SORTIE

Nom :

Prénom :

Classe :

Externe

Demi-pensionnaire

Interne

---

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 responsables légaux :

---

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 de permanence, absence de professeurs, report ou suppression de cours)

Signature des responsables légaux :

---

Pour les élèves internes:

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)

J'autorise

Je n'autorise pas

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

Signature des responsables légaux :

---

**Si l'élève ne respecte pas l'interdiction de sortie, l'établissement décline toute responsabilité et l'élève s'expose à une sanction disciplinaire.**

---

## FICHE SIGNALÉTIQUE

### SERVICE INFIRMIER ANNEE SCOLAIRE 2022/2023

#### IDENTITE DE L'ELEVE

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_ CLASSE : \_\_\_\_\_

TEL (élèves majeurs uniquement) : \_\_\_\_\_

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

M./Mme : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

M./Mme : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Lien de parenté : \_\_\_\_\_

#### 1° VACCINATIONS

##### JOINDRE LA COPIE DU CARNET DE VACCINATION LISIBLE

(Merci d'informer l'infirmière si des vaccinations sont réalisées pendant les vacances d'été).

#### IMPORTANT

#### 2° 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,...).*

#### NOM DU MEDECIN TRAITANT DE LA FAMILLE

Docteur : \_\_\_\_\_

#### NOM DU MEDECIN SPECIALISTE EN CAS DE SUIVI

Docteur : \_\_\_\_\_

#### 3° ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **4° 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'infirmerie avec **une ordonnance médicale au nom de l'élève.**

**Précisez ci-dessous, le type de maladie chronique :** Pathologie cardiaque, hémophilie, diabète, insuffisance rénale, épilepsie, asthme, maladie génétique, allergie (à préciser), autre...

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

#### **5° ALLERGIES**

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

#### **6° TRAITEMENT MEDICAL ACTUEL, S'IL Y A LIEU**

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

#### **7° 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.**

#### **8° MESURES SPECIFIQUES**

Au cours de sa scolarité, l'élève a-t-il déjà bénéficié :

- D'un PAP ? OUI  NON
- Demandez-vous le renouvellement du PAP pour la prochaine rentrée : OUI  NON
- D'un PAI ? OUI  NON
- D'un PPS ? OUI  NON

L'élève est-il suivi MDPH ? OUI  NON

L'élève a-t-il déjà obtenu un aménagement d'épreuves pour examen ? OUI  NON

Si oui :

- Pour quel examen : \_\_\_\_\_
- Quel type d'aménagement : \_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_ SIGNATURE :

(Lu et approuvé)

**TOUT DOCUMENT CONFIDENTIEL SERA REMIS SOUS ENVELOPPE  
A L'ATTENTION DU SERVICE INFIRMIER DU LYCEE**

# MAISON DES LYCEENS

NOM :

PRENOM :

Classe :

J'adhère à la Maison des Lycéens du Lycée EIFFEL

Je règle la somme de 15 Euros :

par chèque  en espèces

*(inscrire au verso le nom et le niveau d'études 2022/2023 de l'élève)*

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

OUI  NON

Signature des  
Responsables Légaux :

Signature de l'élève :



**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**

Référence unique du mandat :

Type de contrat : Créance Demi-Pension/Internat/Autres.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez AGENT COMPTABLE LYCEE G.EIFFEL à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de AGENT COMPTABLE LYCEE G.EIFFEL.

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.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

**FR 77 ESD 558799**

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE :

## DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

## DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : AGENT COMPTABLE LYCEE G.EIFFEL

Adresse : B.P. 83

Code postal : 57525

Ville : TALANGE

Pays : FRANCE

## DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

--	--	--	--	--	--	--

				(       )
--	--	--	--	-----------

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE** de votre compte courant (au format IBAN BIC)**Rappel :**

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par AGENT COMPTABLE LYCEE G.EIFFEL. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec AGENT COMPTABLE LYCEE G.EIFFEL.

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'opposition, 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.