Lycée Jean Errecart

www.lycee-errecart.com

64120 SAINT-PALAIS - Tél. 05 59 65 70 77

Photo

à coller ici

DOSSIER D'INSCRIPTION

Classe demandée :

Régime demandé : **Interne** ☐
Demi-pensionnaire ☐
Externe ☐

Identification de l'élève/ étudiant(e)

NOM de l'élève /étudiant(e): ..... Prénom : .....
(Etat civil conforme à la pièce d'identité)

Sexe : F ☐ M ☐ Age : ..... ans Né(e) le : ..... /...../..... A : .....

Département/pays : ..... Nationalité :.....

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

N° de téléphone de l'élève /étudiant: .....

Courriel (e-mail) de l'étudiant : .....@.....

Responsables de l'élève/ étudiant(e)

Situation familiale des parents : ☐ Mariés ☐ Pacsés ☐ Vie maritale ☐ Séparés ☐ Divorcés ☐ Célibataire ☐ Veuf (ve)
Nombre d'enfants dans la famille : ..... Nombre d'enfants fréquentant l'Etablissement :.....

Responsable 1

Madame ☐ Monsieur ☐

Mère ☐ Père ☐
Autre ☐ (Merci de préciser le lien avec l'élève) :.....

Nom : .....

Prénom : .....

Responsable légal Oui ☐ Non ☐
Autorité parentale Oui ☐ Non ☐

Adresse si différente de l'élève/étudiant:
.....
Code postal.....Commune.....

Tél. domicile : .....

Tél. portable : .....
Profession : .....
Tél professionnel : .....

Courriel(e-mail):
.....@.....

Autre responsable

Madame ☐ Monsieur ☐

Mère ☐ Père ☐
Autre ☐ (Merci de préciser le lien avec l'élève) :.....

Nom : .....

Prénom : .....

Responsable légal Oui ☐ Non ☐
Autorité parentale Oui ☐ Non ☐

Adresse si différente de l'élève/étudiant:
.....
Code postal.....Commune.....

Tél. domicile : .....

Tél. portable : .....
Profession : .....
Tél professionnel : .....

Courriel(e-mail):
.....@.....

SCOLARITE antérieure

Année N-1 Année scolaire 20…/20…	Année N-2 Année scolaire 20…/20…
Nom de l'Etablissement : ……	Nom de l'Etablissement : ……
Commune …… ……	Commune :……
Classe :……	Classe :……

SCOLARITE Cycle Supérieur (BTSA) Classe demandée

- □ **ACSE**
  (***A**nalyse, **C**onduite et **S**tratégie de l'**E**ntreprise **A**gricole)*

- □ **ACSE *APPRENTISSAGE***
  (***A**nalyse, Conduite et **S**tratégie de l'**E**ntreprise **A**gricole*)

- □ **ANABIOTEC**
  (***A**nalyses **B**iologiques **B**iotechnologiques **A**gricoles et **E**nvironnementales)*

- □ **BIOQUALIM**
  (**Q**ualité **A**limentation **I**nnovation et **M**aîtrise **S**anitaire)

- □ **GPN**
  (**G**estion et **P**rotection de la **N**ature**)**

- □ **TC**
  (**T**echnico-**C**ommercial)
  □ Univers Jardin et Animaux de Compagnie
  □ TC Alimentation et Boissons

- **<u>Langue choisie</u> :** □ Anglais
  □ Espagnol

- **<u>Section Sportive</u> :**

❒ **Pelote** □ Oui
□ Non

❒ **Hand Ball** □ Oui
□ Non

- Si vous êtes interne, souhaitez-vous rentrer à l'internat le dimanche soir : □ Oui
  □ Non

<u>Informations Bourses</u> :
Pour constituer votre dossier, vous trouverez les renseignements nécessaires sur
<u>www.crous-bordeaux.fr</u>

Pratique de l'Education Physique et Sportive

Dispense d'Education Physique et Sportive (E.P.S) à l'année :
□ Oui Fournir obligatoirement un certificat médical
□ Non

Formulaire de demande d'aménagement d'épreuves et besoins particuliers

Dans le cadre d'une prise en charge personnalisée de votre enfant dès son inscription, merci de nous signaler les dispositifs d'accompagnement déjà mis en place sur l'année scolaire antérieure ou en cours.

Nom et Prénom de l'élève/ étudiant : .....Classe ……

- ☐ PAI Projet d'accueil individualisé (allergie alimentaire, asthme, diabète, épilepsie…)
- ☐ PPS : Projet personnalisé de scolarisation
- ☐ PAP : Plan d'accompagnement personnalisé
- ☐ PPRE : Programme personnalisé de réussite éducative
- ☐ Notification aménagement d'épreuves (DNB, BEPA, BAC)
- ☐ Notification MDPH (AESH /Aide humaine, ordinateur…)
- ☐ Notification reconnaissance RQTH

Fournir les copies des documents et les notifications : Pour nous permettre de répondre à ces besoins, il convient de nous transmettre les documents attestant de leur mise en place.

Droit à l'image

Nom et Prénom de l'élève/ étudiant : .....Classe : ……

Dans le cadre des programmes d'enseignement, la classe de votre enfant ou l'étudiant(e) pourra être photographie ou filmé lors des différentes activités va participer à des activités et sorties scolaires (portes ouvertes, photo de classe, cérémonies, interventions, visites d'étude, activités pédagogiques,) Ces images pourraient faire l'objet d'une diffusion éventuelle sur le site du lycée ou d'autres supports (plaquettes du lycée, panneaux pédagogiques, images sur notre site web, presse …) Merci de nous confirmer ou non votre approbation.
En référence à la loi, nous devons vous demander une autorisation préalable à la prise de vues.

- **<u>Pour l'élève/ étudiant(e) mineur</u>**

Le(s) représentant(s) légal(aux) :
☐ autorise(nt) la publication de la photographie / vidéo de mon (notre) enfant
☐ n'autorise(nt) pas la publication de la photographie / vidéo de mon (notre) enfant

- **<u>Pour l'élève ou l'étudiant(e) majeur</u>**

L'élève l'étudiant(e) :
☐ autorise la publication de la photographie / vidéo de sa propre personne
☐ n'autorise(nt) pas la publication de la photographie / vidéo de sa propre personne

Fait le…… à ……

Signature du/des r représentant(s) légal(aux)
de l'élève ou de l'étudiant mineur

Signature de l'étudiant/e

FICHE SANITAIRE

Elève/Etudiant(e)
NOM : .....Prénom : ..... Date de naissance : ..... Classe : .....
Responsable légal 1
NOM : .....Prénom : .....Tél : .....
Responsable légal 2
NOM : .....Prénom : .....Tél : .....
Nom et n° tél d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom et n° tél du médecin traitant :
.....
N°Sécurité Sociale de l'élève:
.....
Antécédents médicaux :
□ **Allergies** (Médicamenteuse, alimentaire, autre) A quoi ?.....
Traitement : .....
□ **Asthme** Traitement : .....
□ **Intolérance** (gluten, lactose…) Laquelle?
.....
□ **Informations clés, indispensables en cas d'urgence** .....
.....
.....
Merci de signaler les problèmes de santé et la précaution à prendre. (PAI, maladie, accident, crise convulsive, opération, rééducation diabète, régime alimentaire, interdiction alimentaire, traitement longue durée, problème visuel, auditif……)
.....
.....
.....
.....

Aucun médicament n'est délivré par l'établissement. Si l'état de santé de l'élève/étudiant(e) nécessite la prise d'un traitement médicamenteux dans l'enceinte de l'établissement, il a l'obligation de déposer la photocopie de l'ordonnance médicale ainsi que le traitement à la Vie Scolaire.

AUTORISATION EN CAS D'URGENCE

Je soussigné/e, ... responsable légal de l'élève/ ou étudiant(e) majeur(e), déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

□ *autorise l'établissement à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale d'urgence).*

A ……..…., le ……..

Signature du responsable légal de l'élève mineur ou de l'étudiant(e) majeur(e)

Les données de santé figurant sur le présent document sont recueillies par l'établissement afin, notamment, de répondre aux demandes des services médicaux d'urgence.
Elles sont susceptibles d'être transmises : aux services médicaux d'urgence, en tant que de besoin aux membres de l'équipe éducative de l'établissement directement concernés, et, dans le cadre des projets d'accompagnement spécifique (PAI, PPS, …) aux partenaires mentionnés dans ces projets (MDPH, praticiens médicaux et paramédicaux, …)
Vous consentez expressément à ce que l'établissement traite ces informations dans le cadre de la scolarisation de l'élève/ étudiant(e) au sein de l'établissement dans les modalités définies au PAI ou au titre du PPS dont il bénéficie.
Pour ces données vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

Date et Signature du responsable légal de l'élève mineur ou de l'étudiant(e) majeur(e)

V 30/01/24