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):
.....@.....

Lycée Jean Errecart

www.lycee-errecart.com

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

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 LYCEE Classe demandée

□ 4 ème EA □ 3 ème EA

➢ **Langue choisie** :

□ Anglais
□ Espagnol

Bac Professionnel CGEA

□ 2nde Pro CGEA □ 1ère Pro CGEA
□ Tale Pro CGEA □ Tale Pro CGEA Apprentissage

➢ **Langue choisie** :

□ Anglais
□ Espagnol

Bac Technologique STAV

□1ère
□Production □ Aménagement
□Tale
□Production □ Aménagement

➢ **Langues vivantes** :

LV 1 : □ Anglais □ Espagnol
LV 2 : □ Anglais □ Espagnol

Bac Général

□ 2nde □ 1ère □ Tale

➢ **Langues vivantes** :

LV 1 : □ Anglais □ Espagnol
LV 2 : □ Anglais □ Espagnol

Uniquement les classes de 1ère et de Tale

Trois enseignements de spécialité à choisir en 1ère et deux en Tale:

□ **Mathématiques**
□ **Physique Chimie**
□ **Biologie Ecologie**
□ **Sciences Economiques et Sociales**
□ **Histoire Géographie, Géopolitique et Sciences Politiques**

Uniquement pour la classe de Tale

Enseignements optionnels :

□ Mathématiques Complémentaires
□ Mathématiques Expertes

Section sportive

❒ **Pelote** :
□ Oui □ Non
❒ **Hand Ball :**
□ Oui □ Non

Option

(Sauf 4 ème /3 ème)

□ Golf
□ Football
□ Langue Basque
□ Pelote
□ Rugby
□ Initiation Ostéopathie animale
□ Section sportive Pelote
□ Section sportive Hand Ball
□ Section bilingue Basque

Bourses

Informations Bourses Nationales : Avant de constituer un dossier, merci de réaliser une simulation sur le site *bourse-calculateur.education.gouv.fr* afin de vérifier l'éligibilité de votre demande.

Souhaitez-vous faire la demande d'une bourse ?

□ Oui
□ Non

Autorisation de Sortie Uniquement pour les 2ndes 1ères et Tales

Je soussigné(e), mère, père, tuteur, élève majeur (rayer les mentions inutiles) autorise l'élève :
Nom Prénom :……..Classe :……
à sortir du lycée pendant l'heure méridienne.

□ **Oui**
□ **Non**

Je *déclare que je dégage l'Administration du lycée de toute responsabilité relative à ces sorties, notamment en ce qui concerne les accidents dont l'élève pourrait être victime et le préjudice qu'il pourrait causer ou subir.*
Je déclare, en outre que cette autorisation est valable pour toute la durée de la présente année scolaire.

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

Lycée Jean Errecart
www.lycee-errecart.com
64120 SAINT-PALAIS - Tél. 05 59 65 70 77

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