

Paris, le 07 mai 2019

## **INSCRIPTION EN BTS ANNEE SCOLAIRE 2019/2020**

Après examen de votre dossier, vous êtes admis(e) en classe de BTS :

- ♦ BÂTIMENT (BAT)
- ♦ TRAVAUX PUBLIC (TP)
- ♦ ETUDE et ECONOMIE de la CONSTRUCTION (EEC)
- ♦ TECHNICO-COMMERCIAL (TC)

**Les inscriptions se dérouleront au lycée au 7 rue Clavel 75019 PARIS :**

- Le mercredi 10 juillet 2019 de 09h à 11h pour les BTS TC.
- Le mercredi 10 juillet 2019 de 13h30 à 15h30 pour les BTS EEC.
- Le jeudi 11 juillet 2019 de 9h à 11h pour les BTS BAT.
- Le jeudi 11 juillet 2019 de 13h30 à 15h30 pour les BTS TP.

**Vous devez vous munir obligatoirement des documents suivants :**

1. Le dossier d'inscription dûment rempli.
2. Original du relevé des notes du baccalauréat ainsi qu'une photocopie.
3. L'exeat à demander à l'établissement d'origine (sauf pour les élèves du Lycée du Bâtiment) original et non photocopie.
4. La photocopie des bulletins des trois trimestres ou des deux semestres de terminale.
5. Une photo.
6. Fiche de demi-pension + justificatif du quotient familial + un chèque de 40€.
7. Fiche confidentielle de santé à l'attention de l'infirmière + photocopie des vaccins.
8. Un chèque de 10€ établi à l'ordre du Foyer Socio-éducatif, cotisation volontaire. Le FSE subventionne des activités culturelles, des sorties...

**Les dossiers incomplets ne seront pas acceptés.**

**LYCEE DU BÂTIMENT  
ET DES TRAVAUX PUBLICS  
7 rue Clavel – 75019 PARIS  
Tél. : 01.53.98.98.00 Fax 01.53.98.98.01**

**DOSSIER ADMINISTRATIF D'INSCRIPTION EN BTS**

<b>BATIMENT</b>	<input type="checkbox"/> <b>1<sup>ère</sup> Année</b>
<b>ETUDE ECONOMIE DE LA CONSTRUCTION</b>	<input type="checkbox"/> <b>1<sup>ère</sup> Année</b>
<b>TRAVAUX PUBLICS</b>	<input type="checkbox"/> <b>1<sup>ère</sup> Année</b>
<b>TECHNICO-COMMERCIAL</b>	<input type="checkbox"/> <b>1<sup>ère</sup> Année</b>

La loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 modifiée relative aux fichiers et aux libertés vous reconnaît un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant que vous pouvez exercer soit auprès de votre établissement, soit auprès de votre Rectorat d'Académie.

**Identité de l'étudiant(e)**

Numéro INE ou BEA\* : \_\_\_\_\_

Date d'entrée dans l'établissement : \_\_\_\_\_

Nom\* : \_\_\_\_\_

Prénom\* : \_\_\_\_\_


Né(e) le\* : \_\_\_\_\_ Code département : \_\_\_\_\_ Commune\* : \_\_\_\_\_


Nationalité : \_\_\_\_\_ Sexe : (M ou F) : \_\_\_\_\_

Adresse de **résidence** de l'étudiant(e)\* : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

 Domicile : \_\_\_\_\_

 Portable : \_\_\_\_\_

@ Courriel : \_\_\_\_\_

LV1 : \_\_\_\_\_ LV2 : \_\_\_\_\_

**Scolarité de l'année précédente 2018-2019**

NOM de l'établissement\* : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville\* : \_\_\_\_\_

Statut :  Public  Privé  Autre : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Boursier 2018-2019 ? Oui :  Non :

Avez-vous fait une demande pour l'année 2019-2020 ? Oui :  Non :

**\* : Rubrique obligatoire**



### Responsable 1

Représentant légal  personne en charge de l'élève  
Financier\* :  oui  non  
NOM\* : \_\_\_\_\_  
Prénom\* : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté\* : \_\_\_\_\_  
Adresse\* : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_  
☎ Domicile : \_\_\_\_\_  
☎ Travail : \_\_\_\_\_  
☎ Portable : \_\_\_\_\_  
@ Courriel : \_\_\_\_\_  
Situation emploi\* : \_\_\_\_\_ Code Profession\* : \_\_\_\_\_  
(Voir code profession sur document « liste des professions et catégories socioprofessionnelles »)  
Nombre d'enfants à charge\* : \_\_\_\_\_  
Autorise à communiquer mes coordonnées aux associations de parents d'élèves :  Oui /  Non

### Responsable 2

Représentant légal  personne en charge de l'élève  
Financier\* :  oui  non  
NOM\* : \_\_\_\_\_  
Prénom\* : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté\* : \_\_\_\_\_  
Adresse\* : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
Pays : \_\_\_\_\_  
☎ Domicile : \_\_\_\_\_  
☎ Travail : \_\_\_\_\_  
☎ Portable : \_\_\_\_\_  
@ Courriel : \_\_\_\_\_  
Situation emploi\* : \_\_\_\_\_ Code Profession\* : \_\_\_\_\_  
(Voir code profession sur document « liste des professions et catégories socioprofessionnelles »)  
Nombre d'enfants à charge\* : \_\_\_\_\_  
Autorise à communiquer mes coordonnées aux associations de parents d'élèves :  Oui /  Non

### Personne à contacter

NOM\* : \_\_\_\_\_  
Prénom\* : \_\_\_\_\_  
Lien de parenté\* : \_\_\_\_\_  
☎ : \_\_\_\_\_  
Adresse\* : \_\_\_\_\_  
Situation emploi\* : \_\_\_\_\_ Code Profession\* : \_\_\_\_\_  
(Voir code profession sur document « liste des professions et catégories socioprofessionnelles »)

\* : Rubrique obligatoire

# Fiche confidentielle de santé Année 2019-2020

À remettre sous enveloppe cachetée à l'infirmerie : Service de Promotion de la Santé en Faveur des Élèves (SPSFE).

NOM : ..... PRENOM :  
.....

DATE DE NAISSANCE : ..... CLASSE : .....

ADRESSE DES PARENTS :  
.....  
.....  
.....

Nom et coordonnées de l'établissement fréquenté avant celui-ci : .....

N° de Sécurité Sociale : .....

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant : .....

→ **Nom et numéro de téléphone des personnes à prévenir en cas d'accident :**

☎ Du Père : .....

☎ De la Mère : .....

☎ De l'Élève : .....

☎ Autre (à préciser) : .....

→ **Vaccinations obligatoires** : joindre obligatoirement une copie du carnet de vaccination.

(Copie de plusieurs pages nominatives)

→ **Autorisation donnée au chef d'établissement** à prendre toute décision relative à la santé de mon enfant en cas d'urgence médicale nécessitant une hospitalisation ou une intervention chirurgicale en accord avec le corps médical. Le représentant légal sera immédiatement averti par l'établissement.

Nom et Signature <sup>(1)</sup> du représentant légal ou du majeur

.....

.....

*Partie qui sera envoyée avec la demande du dossier médical*

→ **Demande du dossier médical** : Selon la loi N°2002-303 du 4 mars 2002, toute transmission de données médicales d'un médecin à un autre médecin doit faire l'objet d'une autorisation préalable du patient (ou de son représentant légal). Le dossier médical scolaire de votre enfant doit le suivre durant toute sa scolarité, son transfert sous pli confidentiel est soumis au principe d'autorisation.

Je soussigné (e), représentant (e) légal (e) , élève majeur , autorise le transfert du (de mon) dossier médical (de mon enfant ou pupille)

Nom et Prénom de l'élève : .....

Date de naissance : .....

Nom et Signature <sup>(2)</sup> du représentant légal ou du majeur

Nom du médecin de l'éducation nationale (à remplir par l'établissement demandeur) : .....

*Tournez svp ...*

\* : Rubrique obligatoire



→ Rappel du règlement intérieur : LA PRISE DE MÉDICAMENTS EST INTERDITE AU LYCEE

**NB** : Si l'élève doit prendre des médicaments dans la journée, soit pour un cas d'urgence (crise d'asthme...), soit pour un traitement, **il doit apporter ses médicaments avec la photocopie de l'ordonnance du médecin ainsi que l'autorisation parentale à l'infirmierie. L'infirmière contrôlera la prise du médicament.**

**Tout élève ayant un problème de santé doit se faire connaître au plus vite auprès de l'infirmière. Les maladies, accidents, problèmes psychologiques** qui pourraient avoir une incidence, tant sur le plan santé que sur le plan scolaire doivent également être signalés au personnel de santé.

→ Antécédents médicaux de l'élève :

- Accidents antérieurs : .....
- .....
- .....
- Interventions chirurgicales : .....
- .....
- .....

→ Partie à compléter et joindre la copie des documents, si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique **pouvant nécessiter une prise de médicament sur le temps scolaire.**
- **Susceptible de prendre un traitement d'urgence.**
- **Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers**
- **Si votre enfant bénéficie déjà d'un tiers temps, d'un PAI ou d'un PPS**

Maladie dont souffre votre enfant : .....

Aménagements : .....

Traitements : .....

Allergies : .....

Observations particulières : .....

.....

.....

Vous pouvez contacter l'infirmière pour établir, si nécessaire, un projet d'accueil individualisé, conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

**N'OUBLIEZ PAS DE SIGNALER TOUT CHANGEMENT INTERVENANT EN COURS D'ANNEE !**

**Il faut 3 signatures sur le document. (1-2-3) et rendre des documents (copie des vaccinations ...)**

Nom et Signature <sup>(3)</sup> du représentant légal ou du majeur

Date

**\* : Rubrique obligatoire**