



Paris, le 19 mai 2020

INSCRIPTION EN PRE BAC ANNEE SCOLAIRE 2020/2021

Les dossiers devront être renvoyés par courrier avant le 03 juillet 2020.

Pièces jointes au dossier :

- Le dossier d'inscription dûment rempli.
- Notification d'affectation.
- L'exeat à demander à l'établissement d'origine.
- Une photo d'identité.
- Fiche de demi-pension + justificatif du quotient familial + un chèque de 40€.
- Fiche infirmerie+ photocopie des vaccins.

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 PRE-BAC

SECONDE	<input type="checkbox"/>
PREMIERE	<input type="checkbox"/>
TERMINALE	<input type="checkbox"/>

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'élève

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 de l'élève : _____

@ Courriel de l'élève : _____

LV1 : _____ LV2 : _____

Scolarité de l'année précédente 2019 - 2020

NOM de l'établissement* : _____

Adresse complète : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Statut : Public Privé

Classe : _____

Boursier 2019 - 2020 ? Oui : Non :

Avez-vous fait une demande pour l'année 2020 - 2021 ? Oui : Non :

Aviez-vous une bourse au mérite ? 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

Pour tout déplacement au sein du lycée, les élèves sont placés en autodiscipline.

Je soussigné(e)* :

Responsable légal de l'élève* :

→ **Autorise** mon enfant à sortir librement, en dehors des heures de cours, sous ma responsabilité.

→ **Autorise** mon enfant à se déplacer seul, par ses propres moyens, sous ma responsabilité pour se rendre :

- Sur le lieu des installations sportives,
- Sur le lieu des activités pédagogiques organisées à l'extérieur dans le cadre de son emploi du temps,
- Sur le lieu des activités pédagogiques organisées à l'extérieur en dehors de son emploi du temps habituel.

→ **Autorise le lycée** au cours de l'année scolaire 2020/2021 :

- À filmer et/ou photographier sans contrepartie financière mon enfant mineur,
- À utiliser sans contrepartie financière l'image de mon enfant aux fins d'un document à vocation purement pédagogique interne à l'établissement scolaire,
- À diffuser sans contrepartie financière l'image de mon enfant sur le site internet du lycée et/ou sur tous supports numériques (cédérom, DVD...) à destination des familles des élèves, des personnels de l'Éducation Nationale.

Par conséquent, cette autorisation exclut toute autre utilisation de l'image de mon enfant, notamment dans un but commercial ou publicitaire.

→ **Autorise le 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.

→ **Autorise le professeur sous l'autorité du chef d'établissement**, en cas de sortie scolaire, 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.

Signature du Responsable Légal*

Signature de l'élève*

Père

Mère

* : Rubrique obligatoire

Fiche confidentielle de santé Année 2020-2021

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 ⁽¹⁾ 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 ⁽²⁾ 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 MEDICAMENTS 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'infirmerie. 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 ⁽³⁾ du représentant légal ou du majeur

Date

*** : Rubrique obligatoire**