

REORIENTATION EN BTS DISPOSITIF REO SUP ANNEE SCOLAIRE 2023/2024

Vous sollicitez une réorientation en classe de BTS au lycée Saint Lambert en cours d'année.

Cocher le.s BTS sollicité.s :

- BÂTIMENT (BAT)
- ENVELOPPE DU BÂTIMENT CONCEPTION & REALISATION (EBCR)
- MANAGEMENT et ECONOMIE DE LA CONSTRUCTION (EEC)
- TRAVAUX PUBLIC (TP)
- CONSEIL ET COMMERCIALISATION DE SOLUTIONS TECHNIQUES (CCST)

Transmettez à l'adresse mail ce.0750697a@ac-paris.fr, en mentionnant précisément en objet : REO SUP 2023-24, ce document auquel vous joindrez les pièces suivantes :

1. Une photocopie des relevés de notes du baccalauréat.
2. Un certificat de scolarité de l'établissement d'origine pour l'année scolaire 2023-2024.
3. La photocopie des bulletins des trois trimestres de terminale.
4. Un CV et une lettre de motivation.

Un rendez-vous vous sera proposé par le lycée avec des professeurs-référents de la / des formation.s sollicitée.s.

Après l'entretien, dans le cas où votre candidature serait retenue, vous finaliserez votre inscription au secrétariat du lycée en remettant :

5. Le dossier d'inscription ci-après dûment complété.
6. Une attestation de droits à la sécurité sociale étudiante pour l'année en cours.
7. La fiche confidentielle de santé à l'attention de l'infirmière + 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 D'INSCRIPTION EN BTS
DISPOSITIF REO SUP**

FORMATION RETENUE : 1^{ère} année de BTS

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 : _____

Scolarité de l'année précédente 2022-2023

NOM de l'établissement* : _____

Code postal : _____ Ville* : _____

Statut : Public Privé Autre : _____

Classe : _____

* : 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* : _____

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* : _____

Personne à contacter

NOM* : _____ Prénom* : _____

Lien de parenté* : _____

: _____

***** : Rubrique obligatoire

Fiche confidentielle de santé Année 2023-2024

À remettre sous enveloppe cachetée à l'infirmier

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

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'infirmière. 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**