**DOSSIER ADMINISTRATIF D’INSCRIPTION EN**

**Seconde, Première, Terminale**

**ANNEE SCOLAIRE 2023/2024**

**Pièces à joindre au dossier** :

Le dossier d’inscription dûment rempli.

Notification d’affectation.

**Pour l’inscription en seconde : le certificat de fin de scolarité (EXEAT) à réclamer auprès du collège d’origine.**

Une photo d’identité.

Fiche infirmerie+ photocopie des vaccins

**LES DOSSIERS INCOMPLETS NE SERONT PAS ACCEPTÉS.**

* **DATE D’INSCRIPTION (ELEVES DE SECONDE)**

**Le Jeudi 29 Juin 2023, de 09H00 à 12H00**

**SITE CLAVEL, 7 Rue Clavel 75019 paris**

* **DATES DE RENTREE**

**SITE FRIANT : 19 Rue Friant, 75014 Paris**

* **Pour tous : le Lundi 04 Septembre 2023, à 14H00**

|  |  |
| --- | --- |
| **SECONDE PROFESSIONNELLE**  ***Métiers de la construction durable, du bâtiment et des travaux publics*** |  |
| **PREMIERE PROFESSIONNELLE**  ***menuiserie*, *aluminium* , *verre*** |  |
| **TERMINALE PROFESSIONNELLE**  ***menuiserie*, *aluminium*, *verre*** |  |

Identité de l’élève

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

Adresse complète : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Classe :

Boursier en 2022-2023 ? Oui :  Non :

Avez-vous fait une demande pour l’année 2023-2024 ? Oui :  Non :

Aviez-vous une bourse au mérite ? Oui :  Non :

Responsable légal(e)

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

Nombre d’enfants à charge\**:*

Autorise à communiquer mes coordonnées aux associations de parents d’élèves :

Oui

Non

Autre personne à contacter

NOM\* :

Prénom\* :

Lien de parenté\* :

🕿 :

Adresse\* :

Situation emploi\* : Code Profession\* :

*(Voir code profession sur document « liste des professions et catégories socioprofessionnel)*

Autorisation de déplacement pour l’année scolaire 2023/2024

Je soussigné(e)\* :

Responsable légal(e)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 2023/2024 :
* 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’Education 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(e)\* Signature de l’élève\*

Père Mère

**Fiche confidentielle de santé Année 2023-2024**

***À remettre sous enveloppe cachetée à l’infirmerie***

**NOM : PRENOM : …………………………………………**

**Date de naissance : Classe : ……………………………**

**Adresse : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Nom et coordonnées de l’établissement précédemment fréquenté : ……….**

**N° de Sécurité Sociale :**

* **Dans le cas où l’élève est atteint d’une pathologie chronique ou aigue en cours, et où un traitement est à prendre, l’ordonnance du médecin doit être jointe.**

**S’il s’agit d’un traitement à ne prendre qu’en cas de crise (asthme, allergie), le traitement doit être remis à l’infirmerie dans son emballage d’origine avec la notice d’utilisation. Les noms et prénoms de l’élève devront être inscrits sur l’emballage. L'infirmière contrôlera la prise du médicament.**

**Coordonnées du médecin traitant  :**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………**

* **L’élève atteint d’un handicap ou d’une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers doit signaler les éventuels aménagements particuliers :**

#### **Maladie dont souffre votre enfant ………………………………………………………………………**

#### **Aménagements ………………………………………………………………………………………**

#### **Traitements ………………………………………………………………………………………………**

#### **Allergies …………………………………………………………………………………………………**

#### **Observations particulières : .............................................................................................................**

**………………………………………………………………………………………………..**

* **Vous pouvez contacter l’infirmière pour établir, si nécessaire, un projet d’accueil individualisé (PAI) 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**
* **Les antécédents médicaux ou chirurgicaux, ou autres éléments d’ordre médical considérés comme susceptibles d’avoir des répercussions sur le temps scolaire doivent être signalés :**

**• Accidents antérieurs :**

**• Interventions chirurgicales :**

**…………………………………………………………………………………………………………………………**

**🡺 *Nom et numéro de téléphone des personnes à prévenir en cas d’accident :***

**🕿  Du Père :**

**🕿  De la Mère :**

**🕿  De l’Élève :**

**🕿  Autre (à préciser) :**

**🡺 *Vaccination obligatoire (pour les élèves nés avant 2018) : DTP : Diphtérie, tétanos, poliomyélite  :*  joindre obligatoirement une copie (plusieurs pages nominatives) du carnet de vaccination.**

**🡺 *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.**

**Date**

**Nom et signature du représentant légal ou du majeur**

***! N’oubliez pas de signaler tout changement intervenant en cours d’année.***

**………………………………………………………………………………………………………………………  
*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 du représentant légal ou du majeur**

**Nom du médecin de l’éducation nationale *(à remplir par l’établissement demandeur)*:**

**………………………………………………………………………………………………………………………..**