

FICHE DE RENSEIGNEMENTS – INSCRIPTION LYCEENS

Année scolaire 2024-2025

La saisie des champs encadrés en rouge est obligatoire

NOM ET PRÉNOMS DE L'ÉLÈVE

Demi-pensionnaire

Externe

Interne

(en fonction des disponibilités)

FORMATION :

Certificat de spécialisation Cuisinier Dessert - Restaurant

Date : le

Signature de l'élève

Signature du responsable légal :

Dossier à renseigner, à enregistrer et à imprimer.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE ET SA SCOLARITÉ

IDENTITE DE L'ÉLÈVE

NOM _____	Prénoms _____	Sexe <input type="radio"/> F <input type="radio"/> M
Date de naissance _____	Nationalité (Pays) _____	
Commune de naissance _____	Département _____	
Adresse du domicile de l'élève _____		

Tél mobile _____		
Mail _____		

SCOLARITE DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE de septembre 2023 à juin 2024

Nom et adresse de l'établissement fréquenté en 2023/2024		

Classe _____		
Aménagement de la scolarité en 2023-2024:	OUI	NON
<i>Fournir les documents</i> : PAP : <input type="checkbox"/> PPS : <input type="checkbox"/>		
Disposiez-vous d'un PAI? : OUI : <input type="checkbox"/> NON : <input type="checkbox"/>		
Présence AVS :	OUI	NON

Ces éléments sont importants pour l'aménagement de la scolarité et pour la demande d'aménagement des épreuves d'examen en 2ème année.

RESPONSABLES LÉGAUX

RESPONSABLE QUI PAIE LES FRAIS DE SCOLARITE

Cocher si l'élève paie lui-même ses frais de scolarité


NOM _____ PRÉNOMS _____

LIEN DE PARENTÉ Choisir dans la liste _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ COMMUNE _____

 Domicile _____  Travail _____

 Portable _____ @ Mail _____

Profession Choisir une profession y compris si retraité ou au chômage

Nombre d'enfants à charge en collège et lycée public

Nombre total d'enfants à charge

Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves ?

OUI

NON

RESPONSABLE LÉGAL 2



Cliquer si l'adresse est identique à celle du responsable qui paie les frais scolaires


NOM _____ PRÉNOMS _____

LIEN DE PARENTÉ Choisir dans la liste _____

ADRESSE _____

CODE POSTAL _____ COMMUNE _____

 Domicile _____  Travail _____

 Portable _____ @ Mail _____

Profession Choisir une profession y compris si retraité ou au chômage

Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves ?

OUI

NON

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR TOUTES SECTIONS

- 2 photos récentes (Nom, Prénom de l'élève au dos)
- Fiche d'urgence Infirmierie
- Photocopie pièce d'identité
- Certificat de fin de scolarité (délivré par le lycée d'origine)
- Fiches Financières
- Autorisation de prise et de diffusion de photographie

FRAIS OBLIGATOIRES

Tenue Ecole : Environ 250 € (<https://ecolehotelierebiarritz.fr/inscription/>)

Tenues Professionnelles : <https://ecolehotelierebiarritz.fr/inscription/>

SI DEMANDE INTERNAT : demander au moment de l'inscription. Les élèves de mention complémentaire ne sont pas prioritaires.

Pièces facultatives

Fiche Maison des Lycéens

Adhésion : 10 €

Chèque

Espèces

**AUTORISATION DE PRISE ET DE DIFFUSION
DE PHOTOGRAPHIE (S)**

Madame, Monsieur,

Notre établissement , à l'occasion des activités entreprises ou à
entreprendre dans le cadre de sa mission de service public
d'enseignement, envisage la prise d'une ou plusieurs photographie (s) et
leur utilisation dans un cadre strictement scolaire ou promotionnel.

Conformément à la loi citée en référence, nous sommes dans
l'obligation de vous demander votre accord.

Je soussigné

Responsable légal de l'élève

Né (e) le

Scolarisé(e) en classe de

() Autorise l'établissement () N'autorise pas l'établissement

-- à photographier ou filmer l'élève nommé ci-dessus , dans le cadre
scolaire au cours d'activités pédagogiques, éducatives ou récréatives, à
des fins informatives ou illustratives, ne portant pas atteinte à sa
personne.

-- à reproduire ou utiliser ces photographies ou ces enregistrements sans
contrepartie financière dans un but strictement pédagogique ou éducatif
pour diffusion sur tous supports numériques à destination des familles
des élèves, des personnels de l'Education Nationale, diffusion sur
internet, représentation sur grand écran dans toute manifestation
scolaire ou culturelle.

Fait à Le
Nom de l'élève et signature. Nom du responsable légal et signature
(si élève mineur)

MAISON DES LYCÉENS

Cette association socio-éducative est un lieu de rencontre et de convivialité placé sous la responsabilité du Lycée qui fonctionne grâce aux élèves bénévoles.

La cotisation de 10 euros permet d'élaborer des projets d'animation pour tous les élèves et de développer l'action culturelle au sein de l'établissement.

La Maison des lycéens finance :

- Sorties péri-éducatives (cinéma, spectacle, sorties sportives...)
- Équipement de l'espace cafétéria et de l'Agora (tables, sièges, fauteuils...)
- Gérance de la cafétéria (achat, vente de boissons chaudes, boissons froides...)
- Participation à des événements ponctuels
- Animation sportive pour les internes (cours, salle de sport, équipement sportif...)

La Maison des lycéens vous remercie chaleureusement d'apporter votre soutien à l'éveil et à l'épanouissement des lycéens et des étudiants.

NOM de l'élève :

PRÉNOM :

FUTURE CLASSE :

Règlement :

ESPÈCES

CHÈQUE à l'ordre de la Maison des lycéens

Date :

Signature :

Année scolaire : 2024-2025

FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS*

Nom:.....Prénom:.....
Classe : Date de naissance..... Interne /DP/Externe :..... Choisir un

N° de téléphone de l'élève: mail :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal
:.....
:.....
:.....

N° de téléphone du père

N° de téléphone de la mère :

Adresses mail :

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
.....
.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le **mieux** adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.** Il est obligatoire pour les élèves internes d'avoir un correspondant local

► Date du dernier rappel de **vaccin antitétanique** (DTPolio) (pg 92 du carnet de santé ou copie):

► Concernant **la Santé de votre enfant** avez-vous des éléments à nous communiquer ? (allergies, prise de médicaments, asthme, diabète, spasmophilie...) :
.....
.....
.....

NB : Médicaments et Internat : toute prise de médicament à l'internat est conditionnée par la présentation d'une ordonnance et l'accord de l'Infirmière (cf règlement de l'Internat)

► Votre enfant bénéficie-t-il d' :
 Un PAP ? un PAI ? un dossier MDPH ?

(joindre le PAP/ le PAI/ ou le dernier Gévasco)

* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

NOM :

Prénom :

Classe :

CS CDR

REGIME POUR 2024/2025

DEMI-PENSIONNAIRE INTERNE EXTERNE

MODE DE REGLEMENT

- A RECEPTION DE LA FACTURE TRIMESTRIELLE
(par chèque, espèces, virement, CB ou télépaiement)
- PRELEVEMENT MENSUEL
Mandat de prélèvement SEPA à compléter à la main

RESPONSABLE FINANCIER

Personne qui paie les frais scolaires et **pour les élèves boursiers, ce doit être la personne qui a déposé la demande de bourses.**

Civilité

NOM :

Prénom :

Date :

Signature :

Pour tous les élèves :

RIB

Le RIB ne servira pas à effectuer des prélèvements automatiques (sauf si vous le demandez).

Il est indispensable pour payer les trop perçus, des remboursements ou des bourses.

Quel que soit le régime de l'élève et le mode de règlement choisi : **il est obligatoire.**

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : Créance Demi-Pension/Internat/Autres.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez AGENT COMPTABLE à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de AGENT COMPTABLE.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 84 ESD 673618

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE :

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : AGENT COMPTABLE

Adresse : 2, rue Francis Jammes

B.P. 167

Code postal : 64204

Ville : BIARRITZ CEDEX

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Paiement ponctuel

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE de votre compte courant (au format IBAN BIC)**Rappel :**

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par AGENT COMPTABLE. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec AGENT COMPTABLE.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.