

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

Interne

(en fonction des disponibilités)

Formation :

CAP Cuisine

Date : le

Signature de l'élève

Signature du responsable légal :

Ce dossier est à compléter, à enregistrer et à déposer le jour et l'heure de la convocation reçue de l'établissement

Renseignements sur l'élève et sa scolarité

IDENTITE DE L'ÉLÈVE

NOM _____ Prénoms _____ Sexe

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 (obligatoire) JOINDRE LES 3 DERNIERS BULLETINS

NOM et ADRESSE de l'établissement fréquenté en 2023-2024 :

Classe :

Aménagement de scolarité 23- 24 : OUI NON

⇒ **Fournir les documents : ces documents sont importants pour aménager la scolarité de votre enfant**

PAP : OUI : NON : GEVASCO : OUI : NON :

Disposiez-vous d'un PAI en 23-24 ? OUI NON :




1 LANGUE VIVANTE OBLIGATOIRE en 2024-2025

Cocher la langue choisie en :


LV1 : Anglais : Espagnol




RESPONSABLES LÉGAUX

RESPONSABLE QUI PAIE LES FRAIS DE SCOLARITE




| | |
|--|---|
| 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 | <input type="text"/> |
| Nombre total d'enfants à charge | <input type="text"/> |
| Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves ? | |
| OUI <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |

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 <input type="radio"/> | NON <input type="radio"/> |

PERSONNE A CONTACTER CORRESPONDANT OBLIGATOIRE POUR LES ÉLÈVES INTERNES

| | |
|--|---|
| NOM _____ | PRÉNOMS _____ |
| ADRESSE _____ | |
| CODE POSTAL _____ | COMMUNE _____ |
|  Domicile _____ |  Travail _____ |
|  Portable _____ | @ Mail _____ |

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
- Photocopie du jugement de divorce des parents si parents séparés
- Certificat de fin de scolarité (délivré par le collège d'origine)
- Fiches Financières
- Bulletins scolaires des 3 trimestres ou 2 semestres de l'année
Précédente (ou dernière formation suivie)
- Autorisation de prise et de diffusion de photographie
(à compléter manuellement ci-dessous.)

FRAIS OBLIGATOIRES

Tenue Ecole : Environ 250 € (Bon de commande annexé au présent dossier)

Tenues Professionnelles : (Bon de commande annexé au présent dossier)

SI DEMANDE INTERNAT : télécharger le formulaire de demande
d'internat, le compléter et le rapporter le jour de l'inscription.

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 :

A RENSEIGNER OBLIGATOIREMENT

Année scolaire : 2024-2025

FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES PARENTS*

Nom:..... Prénom:.....
Classe : Date de naissance Interne /Demi-pensionnaire. 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 dossier MDPH :
un PAI :

(Joindre le PAI / PAP 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

INFORMATIONS FINANCIERES

INSCRIPTION LYCEEN 2024-2025

NOM :

Prénom :

Classe :

CAP Cuisine

REGIME POUR 2024-2025

DEMI-PENSIONNAIRE INTERNE

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

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE :

FR 84 ESD 673618

| DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER | DESIGNATION DU CREANCIER |
|--|---|
| Nom : | Nom : AGENT COMPTABLE |
| Adresse : | Adresse : 2, rue Francis Jammes B.P. 167 |
| Code postal : | Code postal : 64204 |
| Ville : | Ville : BIARRITZ CEDEX |
| Pays : | Pays : FRANCE |

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

| IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN) | IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | <table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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.