



## FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Indiquez la classe prévue pour 2011/2012

⇒ **BTS ESF** .....

Dossier à rendre avant le .....

### RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ÉLÈVE

**NOM** : ..... **Prénoms** : .....

**Sexe** : Masculin  Féminin  **Né (e) le** : ..... Age.....

**A (Ville)** : ..... **Département ou Pays** : .....

**Adresse de l'élève** : .....

**Ville** : ..... **Code Postal** : .....

**Téléphone** : ..... **Téléphone Portable**.....

**Nationalité** : ..... **Si Etrangère** : Laquelle .....

**Fumeur** : : Oui  Non

**Qualité** : En Foyer Extérieur  Demi-pensionnaire  Externe   
(Prix du repas : 5.88 € le repas pour 1 à 3 repas semaine et 5.48 € pour 4 à 5 repas ou semaine complète)

**Redoublant** : Oui  Non

**L'INSCRIPTION SERA DEFINITIVE AU RETOUR DU DOSSIER COMPLET.**

### PARCOURS PEDAGOGIQUE PERSONNALISE

Vous devrez vous engager à participer au travers du Parcours Pédagogique Personnalisé à l'aide individualisée que nous produisons à nos élèves de Lycée Professionnel ou d'autres services à définir.

Cet engagement consistera à effectuer 1 heure par semaine tout au long de l'année scolaire (hors période de vos stages).

Je m'engage à participer au Parcours Pédagogique Personnalisé.

Date :

Signature :

ASSOCIATION JEANNE MANCE FORMATION CONTINUE  
Rue du Paradis 10000 TROYES

Tél. 03 25 83 11 22 Fax. 03 25 83 11 23 E-mail : forcontinue@jeannemance.org

**RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES**

Nom et Prénom.....

**Père**  **Autre Responsable**  **Séparé**

Adresse : .....

Code Postal ..... et ville .....

N° Tél. Domicile.....N° Tél. Portable.....

Profession:.....

Nom de l'employeur : .....

.....N° Tél Professionnel.....

Responsable Légal OUI  NON  Responsable Payeur OUI  NON

Nom et Prénom.....

**Mère**  **Autre Responsable**  **Séparé**

Adresse : .....

Code Postal ..... et ville .....

N° Tél. Domicile.....N° Tél. Portable.....

Profession:.....

Nom de l'employeur : .....

.....N° Tél Professionnel.....

Responsable Légal OUI  NON  Responsable Payeur OUI  NON

**COMPOSITION DE LA FAMILLE** : tous les enfants, y compris les enfants mariés.

Nombre total d'enfants (y compris l'élève) :

Nombre d'enfants scolarisés (élève compris) :

*Nous reconnaissons que l'inscription au Lycée Jeanne Mance vaut adhésion aux dispositions du règlement intérieur de l'établissement et engagement à le respecter.*

**Signature de l'élève**

**Signature des parents ou du responsable légal**

# DOSSIER MEDICAL

Dossier strictement confidentiel destiné à l'infirmerie de l'établissement. A remplir soigneusement dans l'intérêt de l'élève.

## L'ÉLÈVE :

NOM : ..... Prénoms : .....  
Né (e) le : .....  
A (Ville) : ..... Département ou Pays : .....

**SECURITE SOCIALE** de l'élève (ou du responsable légal) :  
N° carte vitale : .....

## EN CAS D'IMPOSSIBILITE A JOINDRE LE RESPONSABLE LEGAL, CONTACTER LA PERSONNE SUIVANTE :

Nom et Prénom : ..... Degré de parenté : .....  
Adresse : .....  
N° de téléphone : .....

## VACCINATIONS

**Joindre une photocopie des certificats de vaccinations ou du carnet de santé.**

Date BCG : .....  
Date DT POLIO : .....

## MEDECIN TRAITANT

Nom et Prénom : .....  
Adresse : .....  
Code Postal et Ville.....  
N° de téléphone : .....

## TRAITEMENT MEDICAL PARTICULIER EN COURS :

.....  
**TRES IMPORTANT** : Médicaments que l'élève ne supporte pas : .....

## ANTECEDENTS :

.....  
- Accidents, infections aiguës, intoxications, (précisez) : .....  
- Maladie, chroniques (affections cardiaques, hémophilie, diabète, insuffisance rénale, épilepsie, spasmophilie, asthme, allergie, etc...) (précisez) : .....

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE

Que vous souhaitez nous communiquer concernant sa santé ou son adaptation au Lycée (sous pli confidentiel adressé aux infirmiers).

## AUTORISATION DE TRAITEMENT, DE TRANSPORT ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE :

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame .....  
autorisons l'anesthésie de notre fils/fille ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

## Nous autorisons :

- notre fils/fille à se rendre seul(e) à divers types de soins médicaux et dégageons l'établissement de toutes responsabilités ;
- le chef d'établissement à prendre en cas d'urgence toutes les mesures médicales, chirurgicales nécessaires et à hospitaliser notre enfant si cela est jugé utile.



- **Rappel des Pièces à fournir à ce dossier :**
- CV + lettre de motivation
- Copies bulletins trimestriels de l'année
- Copie du dernier diplôme s'il y a lieu
- Section BAC PRO SECURITE : Extrait casier judiciaire
- RIB
- Chèque de 140€ droit d'inscription
- Copies certificats de vaccinations (vaccins à jour)

## RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

NOM et Prénom de l'élève : .....

Nom et Prénom du Responsable Payeur : .....

- Règlement définitif à la préinscription : 70 €
- Solde à la confirmation de la réussite de l'examen (CAP / BAC ou autre)

**2 CHEQUES DE 70 € = 140 €  
CORRESPONDANTS**

**A AGRAFFER**

**AU DROIT D'INSCRIPTION**

Mode de paiement choisi :

- Prélèvements   
(Sur 9 mois d'octobre à juin)
- Totalité à réception   
de la facture
- Autres

Signature du Responsable payeur :

**RIB A AGRAFFER**

**DEMANDE DE PRELEVEMENT**

A conserver par l'organisme créancier

**Numéro national d'émetteur**

421598

**TITULAIRE DU COMPTE**

NOM :

Adresse :

**ORGANISME CREANCIER****LYCEE PROFESSIONNEL****JEANNE MANCE****Rue du Paradis****10000 TROYES****ETABLISSEMENT ET COMPTE A DEBITER**

NOM :

Adresse :

SIGNATURE

Date :

Signature

-----	-----	-----	--
Cde banque	Cde guichet	N° Compte	Clé

**AUTORISATION DE PRELEVEMENT**

A conserver par l'organisme créancier

**Numéro national d'émetteur**

421598

**TITULAIRE DU COMPTE**

NOM :

Adresse :

**ORGANISME CREANCIER****LYCEE PROFESSIONNEL****JEANNE MANCE****Rue du Paradis****10000 TROYES****ETABLISSEMENT ET COMPTE A DEBITER**

NOM :

Adresse :

SIGNATURE

Date :

Signature

-----	-----	-----	--
Cde banque	Cde guichet	N° de Compte	Clé