



FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Indiquez la classe prévue pour 2010/2011

⇒ **CONSEILLERE ESF.....**
Dossier à rendre avant le 6/09/2010

RENSEIGNEMENT CONCERNANT L'ELEVE

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 COMPLET DU DOSSIER.

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 Postalet 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 Postalet 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'ELEVE :

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'ELEVE

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 :**

- Copies bulletins trimestriels de l'année
- Copie du dernier diplôme
- RIB
- Chèque de 140 €
- Copies certificats de vaccinations
- CV
- Lettre de motivation pour s'inscrire en CESF

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 (BTS)

**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