



FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Classe prévue pour 2011/2012	⇒ TCSS 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 de l'élève :**

Nationalité :

Fumeur : : Oui Non

Qualité : En Foyer Extérieur Demi-pensionnaire Externe

Redoublant : Oui Non **Bourse :** Oui non

ORIGINE SCOLAIRE : Etablissement fréquenté en classe de 6ème :

ADRESSE : année scolaire

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.

L'INSCRIPTION SERA DEFINITIVE AU RETOUR COMPLET DU DOSSIER.

Signature de l'élève

Signature des parents ou du responsable légal

DOSSIER MEDICAL

Dossier strictement confidentiel destiné à l'infirmier 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 : Hépatite B : (voir certificat joint)

MEDECIN TRAITANT

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

DISPENSES DE SPORTS :

L'élève est-il dispensé de sport (joindre un certificat médical) OUI NON Partiel
L'élève est-il dispensé de piscine (joindre un certificat médical) OUI NON

Tous les médicaments devant être pris dans l'établissement doivent être obligatoirement déposés à l'infirmier avec l'ordonnance ou son double. Dans le cas où l'élève est atteint d'une maladie chronique, les parents doivent déposer en début d'année une médication d'urgence à l'infirmier, avec l'ordonnance.

TRAITEMENT MEDICAL PARTICULIER EN COURS :

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

ALLERGIES :

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 déclarons que si l'état de notre enfant nécessite une consultation médicale d'urgence, nous autorisons les personnels de l'établissement à prévenir les services médicaux d'urgence qui eux seuls seront habilités à décider des soins médicaux à apporter.

Dans le cas où ces services médicaux le jugent utile, notre enfant sera acheminé dans la mesure du possible vers l'organisme de santé de notre choix :

- Hopital des Hauts Clos Clinique Montier la Celle
- Clinique de Champagne Clinique des Ursulines

Ne pouvant accueillir un enfant à l'infirmerie que sur un temps de courte durée, nous viendrons le chercher dès que possible.

Si nous ne pouvons effectuer ce déplacement ; nous nous engageons à supporter les frais de transport dus pour l'utilisation d'un « véhicule sanitaire léger ».

Cette obligation d'information des services de soins d'urgence étant faite nous reconnaissons expressément et en toute connaissance de cause que la responsabilité de l'établissement scolaire ne saurait être engagée.

VIE SCOLAIRE

Sorties

Autorisation de sortie lors d'une absence d'un professeur après accord de la direction et carnet de correspondance à jour.

Passeport vert Nous autorisons l'établissement à laisser sortir notre enfant en cas d'absence d'enseignant (noté dans le carnet de correspondance)

Passeport rouge Nous souhaitons que notre enfant reste en étude en cas d'absence d'enseignant. Il sera présent de sa première heure de cours jusqu'à la dernière. S'il est demi-pensionnaire, il ne sortira pas après les repas.

Déplacement domicile

Mode de locomotion..... Durée estimée du trajet.....

Déplacement SPORT

Sur le lieu de pratique du sport (Vouldy, Henri Terré, Stade de l'Aube, les Terrasses, Dutreix et autres), les élèves peuvent s'y rendre par leur propre moyen ou en groupe en bus à partir de l'établissement. Dans ce dernier cas le titre de transport est fourni par l'établissement et refacturé forfaitairement avec la scolarité.

Ira sur le lieu de sport - par ses propres moyens
 - avec le lycée et sera facturé forfaitairement

Adhésion à l'Association Dyna-Détente (5.50 €par an) OUI NON

Cette Association organise et anime tout au long de l'année scolaire la vie lycéenne en proposant des activités qui ont trait au jeu et à la détente (randonnées, voyages, soirées dansantes, barbecue, après-midi récréatifs..).

Psychologue

A la demande de l'élève, il est possible que celui-ci rencontre un psychologue.

J'autorise (prénom) à rencontrer le psychologue de l'établissement.

Signature Responsable

Extrait Règlement :

- Tenue correcte signifie une tenue civile, non provocante.
- Seul les percings discrets sur le nez sont autorisés.
- Le téléphone et autres appareils doivent être éteints (**non pas en veille**) à l'intérieur des locaux.

Fait à le

Signature des parents ou répondants

Signature de l'élève

précédée de la mention « Lu et approuvé »

- **Rappel des Pièces à fournir à ce dossier :**
- Copies bulletins trimestriels de l'année
 - Copie du dernier diplôme s'il y a lieu
 - RIB
 - Chèque de 85 €
 - Copies certificats de vaccinations
 - Certificat médical d'Aptitude à suivre une formation en milieu sanitaire et social

RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

NOM et Prénom de l'élève :

Nom et Prénom du Responsable Payeur :



Mode de paiement choisi :

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

Signature du Responsable payeur :



DEMANDE DE PRELEVEMENT

A conserver par l'organisme créancier

Numéro national d'émetteur

421598

TITULAIRE DU COMPTENOM :
Adresse :**ORGANISME CREANCIER****LYCEE PROFESSIONNEL
JEANNE MANCE
Rue du Paradis
1000 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 COMPTENOM :
Adresse :**ORGANISME CREANCIER****LYCEE PROFESSIONNEL
JEANNE MANCE
Rue du Paradis
1000 TROYES****ETABLISSEMENT ET COMPTE A DEBITER**NOM :
Adresse :**SIGNATURE**Date :
Signature

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



Certificat Médical d'Aptitude **Pour élève se destinant à une formation en milieu sanitaire** **et social**

(prévention du risque biologique en milieu professionnel)

vu le code du travail, art.L.3111-4

A.....Le...../...../.....

Je soussigné (e),

Dr.....,

Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

Mr,Mme.....

.....,

né(e) le...../...../..... , sexe:

et déclare avoir constaté la validité des vaccinations incluses dans le calendrier vaccinal dont notamment : Tétanos, poliomyélite, diphtérie, coqueluche ainsi que la vaccination contre l'hépatite B.

En conséquence il, elle, est apte à participer à une formation scolaire comprenant des stages obligatoires en milieux sanitaires tels que milieux hospitaliers, maisons de retraites, etc...

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.

(inscription au Brevet d'Etudes Professionnelles en carrières Sanitaires et Sociales).

cachet professionnel signature