



## FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Classe prévue pour 2009/2010

⇒ **TERMINALE BAC PRO LOG**  
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.*

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 : .....

## 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'infirmerie 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'infirmerie, 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.

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

**Passport 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 logistique avec permis cariste à compléter

## 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 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
---------------------	----------------------	-----------------------	-----------



**Certificat Médical d'Aptitude**  
**Pour élève se destinant à une formation en LOGISTIQUE**  
**AVEC PERMIS CARISTE**

(prévention du risque en milieu professionnel)  
vu l'Arrêté Ministériel, Ministère des Transports du 21 décembre 2005  
section Groupe Lourd

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

Je soussigné (e),  
Dr.....,  
Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

Mr,Mme.....  
.....,  
né(e) le...../...../..... , sexe:

et déclare avoir constaté l'aptitude physique de  
M.....à suivre une formation à la conduite des  
chariots élévateurs autotractés eu égard aux normes fixées par le texte législatif  
défini en supra notamment :

- ✓ Pathologie cardio-vasculaire
- ✓ Altérations visuelles
- ✓ Oto-rhino-laryngologie
- ✓ Pratiques addictives – neurologie-psychiatrie
- ✓ Appareil locomoteur

En conséquence il, elle, est apte à participer à une formation scolaire comprenant des  
stages en milieu professionnel avec conduite d'engins de manutentions nécessitant le  
permis dit de type « CACES ».

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

cachet professionnel signature