



# FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Indiquez la classe prévue pour 2012/2013

⇒ **TOUTES CLASSES LYCEE**

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

Redoublant : Oui  Non  Bourse : Oui  non

**ORIGINE SCOLAIRE** : Etablissement fréquentée 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'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 : .....

## 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 :**



- **Rappel des Pièces à fournir à ce dossier :**

- Copies bulletins trimestriels de l'année
- Copie du dernier diplôme s'il y a lieu
- Section CAP APS : Extrait casier judiciaire
- RIB
- Chèque de 85 €
- Copies certificats de vaccinations

## 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 de la banque:

Adresse :

**SIGNATURE**

Date :

Signature

*IBAN*

<b>FR</b>						
-----------	--	--	--	--	--	--

**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 de la banque :

Adresse :

**SIGNATURE**

Date :

Signature

*IBAN*

<b>FR</b>						
-----------	--	--	--	--	--	--