

**DOSSIER D'INSCRIPTION  
Futurs 1TS -MHR**

**PIÈCES À FOURNIR**

- ❖ La fiche de renseignements VIE SCOLAIRE avec 1 photo
- ❖ La fiche de renseignements INFIRMERIE
- ❖ 3 enveloppes autocollantes **A FENETRE** et format 22x11cm (format chèque) **TIMBRES**.
- ❖ **Une photo d'identité en plus** pour la carte de lycéen (nom et prénom au dos de la photo)

**Le RETOUR DU DOSSIER COMPLET doit se faire en PERSONNE**  
**Auprès de M. HERRY, CPE**

**En cas de besoin:**

**Mail : [pascal.herry@ac-paris.fr](mailto:pascal.herry@ac-paris.fr)**

**Tel : 01 56 21 01 16**

**Rentrée SCOLAIRE 2019 :**

Pensez à regarder régulièrement sur le site du lycée pour vérifier le jour et l'heure de rentrée.

# Fiche de renseignements Vie Scolaire

*PHOTO  
OBLIGATOIRE*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Ville et pays de naissance \_\_\_\_\_

Nationalité \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ville et Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone personnel de l'élève : \_\_\_\_\_

Mail personnel de l'élève (en majuscules SVP) : \_\_\_\_\_

Numéro de Sécurité sociale : \_\_\_\_\_



## SCOLARITÉ ANTERIEURE

Etablissement fréquenté l'an passé : \_\_\_\_\_

Ville et code postale de l'établissement \_\_\_\_\_

Classe de l'année passée \_\_\_\_\_

Langue vivante 1 \_\_\_\_\_ Langue vivante 2 \_\_\_\_\_

## SITUATION FAMILIALE

➤ Prénom ET Nom du responsable légal principal \_\_\_\_\_

Lien avec l'élève :     Père             Mère             Tuteur             Autre cas

Adresse du responsable légal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

E-mail : (en MAJUSCULES SVP) \_\_\_\_\_

Tel portable : \_\_\_\_\_ Tel domicile : \_\_\_\_\_

Situation Professionnelle : EMPLOYE - RETRAITE - SANS EMPLOI (rayer les mentions inutiles)

Profession + Code des professions (voir code en dessous) \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants à charge \_\_\_\_\_

➤ Prénom ET Nom du 2ème responsable légal : \_\_\_\_\_

Lien avec l'élève :     Père             Mère             Tuteur             Autre cas (Précisez)

Adresse du 2ème responsable légal (si différente du précédent)  
 \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

E-mail : (Pour usage interne uniquement en MAJUSCULES SVP) \_\_\_\_\_

Tel portable : \_\_\_\_\_ Tel domicile : \_\_\_\_\_

Situation Professionnelle : EMPLOYE - RETRAITE - SANS EMPLOI (rayer les mentions inutiles)

Profession + Code des professions (voir code ci dessous) \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants à charge \_\_\_\_\_



### N° de code de profession à renseigner

10	AGRICULTEUR
21	ARTISAN
22	COMMERÇANT ET ASSIMILÉ
23	CHEF D'ENTREPRISE DE DIX SALARIÉS OU PLUS
31	PROFESSION LIBÉRALE
33	CADRE DE LA FONCTION PUBLIQUE
34	PROFESSEUR ET ASSIMILÉ
35	PROFESSION D'INFORMATION, ARTS, SPECTACLES
37	CADRE ADMINISTRATIF ET COMMERCIAL D'ENTREPRISE
38	INGÉNIEUR – CADRE TECHNIQUE D'ENTREPRISE
42	INSTITUTEUR ET ASSIMILÉ
43	PROFESSION INTERMÉDIAIRE SANTÉ-TRAVAIL SOCIAL
44	CLERGE, RELIGIEUX
45	PROFESSION INTERMÉDIAIRE ADM. FONCTION PUBLIQUE
46	PROFESSION INTERMÉDIAIRE ADM.-COMMERCE ENTR.
47	TECHNICIEN

48	CONTREMAÎTRE, AGENT DE MAÎTRISE
52	EMPLOYÉ CIVIL – AGENT SERVICE FONCTION PUBLIQUE
53	POLICIER ET MILITAIRE
54	EMPLOYÉ ADMINISTRATIF D'ENTREPRISE
55	EMPLOYÉ DE COMMERCE
56	PERSON. SERVICE DIRECT AUX PARTICULIERS
61	OUVRIER QUALIFIÉ
66	OUVRIER NON QUALIFIÉ
69	OUVRIER AGRICOLE
71	RETRAITE AGRICULTEUR EXPLOITANT
72	RETRAITE ARTISAN, COMMERÇANT, CHEF D'ENTREPRISE
73	RETRAITE CADRE, PROFESSION INTERMÉDIAIRE
76	RETRAITE EMPLOYÉ ET OUVRIER
81	CHOMEUR N'AYANT JAMAIS TRAVAILÉ
82	PERSONNE SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE
99	NON RENSEIGNÉE (INCONNUE OU SANS OBJET)

**INFIRMERIE : Fiche d'urgence à l'intention des parents**

Nom : ..... Prénom : .....  
Classe : ..... Date et lieu de naissance : .....

➤ **Responsable légal 1 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tel dom : ..... Tel port : .....

➤ **Responsable légal 2 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Tel dom : ..... Tel port : .....

**Adresse du collège ou lycée précédemment fréquenté :** .....  
.....

**N° de sécurité sociale de l'élève :** .....

Tout élève de **plus de 16 ans** doit **obligatoirement** être titulaire d'une carte vitale personnelle. Pour les élèves de **moins de 16 ans**, les parents doivent faire la démarche auprès de leur CPAM afin de récupérer le numéro de sécurité sociale de l'enfant.

**En cas d'urgence**, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. Cependant, **sans caractère d'urgence**, l'élève mineur « malade », devra **obligatoirement** être pris en charge par ses parents.

**Projet d'accueil individualisé :** Si votre enfant est atteint de troubles spécifiques des apprentissages (dyslexie ...) et/ou de troubles de santé nécessitant un traitement pendant le temps scolaire, un régime alimentaire, des aménagements (locaux-horaires) et/ou une conduite à tenir spécifique en cas d'urgence, veuillez prendre contact avec l'infirmière ou le médecin scolaire dès la rentrée et remplir la fiche confidentielle jointe.

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant : .....  
.....

## DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Nom du médecin scolaire : Docteur Faurie

Date de la demande :

Nom de l'élève : .....

Prénoms : .....

Né(e) le .....

à : .....

Etablissement où est inscrit l'élève :

Etablissement d'où vient l'élève :

Nom : Lycée Jean Drouant

Nom :

Adresse : 20 rue médéric

Adresse :

75017 Paris

Classe :

Classe :

**CURSUS SCOLAIRE DE L'ELEVE** (Merci de compléter ce tableau afin de rechercher votre dossier médical scolaire)

CLASSE	NOM ET ADRESSE PRECISE DES ETABLISSEMENTS FREQUENTES PAR L'ELEVE
Maternelle	
CP	
CE1	
CE2	
CM1	
CM2	
6 <sup>ème</sup>	
5 <sup>ème</sup>	
4 <sup>ème</sup>	
3 <sup>ème</sup>	
2de	
1 <sup>ère</sup>	
Term.	

### Partie réservée à l'administration :

Date de la réponse :

Dossier complet – Dossier incomplet – Dossier non retrouvé.

En retour (1)

Elève non inscrit à l'école indiquée.

Autres raisons de non-envoi :

Encadrer les mentions utiles. Cet imprimé, une fois complété, doit être renvoyé avec le dossier médical.



## FICHE CONFIDENTIELLE INFIRMERIE

Madame, Monsieur,

Si votre enfant est porteur de handicap (trouble des apprentissages) ou de maladie chronique (hémophilie, diabète, épilepsie, allergie alimentaire, drépanocytose ou autres) pouvant nécessiter des soins d'urgence sur le temps scolaire, nous pouvons nous rencontrer pour mettre au point la conduite à tenir afin d'assurer au mieux sa sécurité.

Merci de remplir dans ce cas, le coupon réponse ci-joint, sous enveloppe cachetée. Cette enveloppe devra être remise avec la fiche infirmerie, lors de l'inscription.

Merci de votre coopération.

L'infirmière Mme Cam 01 56 21 01 17

**Nom:** .....

**Prénom:** .....

**Classe:** .....

**Maladie de l'enfant/Handicap :**

.....

**Téléphone fixe** .....

**Tel portable:** .....

## AUTORISATION DU DROIT A L'IMAGE 2018-2019

Dans le cadre d'événements ou de sortie auxquels votre enfant pourrait participer avec le lycée :

- dans l'enceinte de l'établissement
- ou à l'extérieur de l'établissement

Il serait susceptible d'être pris en photo ou d'être présent sur un support vidéo.

Selon la législation en vigueur, vous avez la possibilité de ne pas accorder votre autorisation pour le droit à l'image. Dans ce cas, nous vous demandons de l'indiquer en remplissant le document ci-dessous.

En donnant votre accord, les médias couvrant un événement auront la possibilité de diffuser les images où sera présent votre enfant sur le site académique et sur le site du lycée en dehors de toute exploitation commerciale.



Je soussigné(e) Madame, monsieur \_\_\_\_\_

Responsable de l'élève \_\_\_\_\_ en classe \_\_\_\_\_



AUTORISONS



REFUSONS

Les diffusions de l'image de mon enfant / de mon image (pour les élèves majeurs).

Ce choix vaut engagement de votre part pour l'exercice du droit à l'image.

**Date :** \_\_\_\_\_ **Signature du responsable légal (ou de l'élève s'il est majeur )** \_\_\_\_\_