

Réinscription 2025-2026

	VEND. 27/06		MARDI 1/07	MERC. 2/07	JEUDI 3/07	VEND. 4/07
8H - 9H	1 MELEC			2 MEMNB + 2 MAMA	1 TEB AA + 1 TEB EE	BTS ERA 1
9H - 10H	2 CAP MIS + 2 CAP MF			2 MCD BTP	1 TBORGO	BTS CCST 1
10H - 11H	1 AFB		2 MTNE 1	1 MFER	1 TMA	
11H - 12H	2 MS		2 REMI + 2 TCB	1 MS	1 TCB + 1 TCI	
14H - 15H	2CAP EL + 2 CAP MAC		2 MTNE 2			
15H - 16H						

LISTE DES PIÈCES A FOURNIR :

- 1 photocopie de la pièce d'identité de l'élève ou titre de séjour
- 1 photocopie de la pièce d'identité du représentant légal
- 1 photocopie du livret de famille **dans son intégralité** ou extrait de naissance (élève, parents, fratries)
- 1 photocopie de la carte vitale
- 1 photocopie d'un justificatif de domicile (quittance de loyer, EDF, Eau)
- 1 photocopie du carnet de vaccination
- 4 photos d'identité récentes et identiques
- 1 photocopie de l'attestation d'assurance 2025-2026
- 1 photocopie de l'attestation de recensement ou certificat de participation de la journée d'appel (JAPD) pour les + de 16ans
- 7.50€ pour l'achat du badge

Contributions

- 10€ d'adhésion MDL (Maison des Lycéens)
- 10€ d'adhésion UNSS

Documents à remplir obligatoirement chez soi et rendre le jour de l'inscription

- La fiche de renseignements obligatoirement renseignée et signée
- La fiche d'urgence
- La fiche question santé
- La fiche d'accueil (Assistante sociale)
- La fiche d'inscription à l'UNSS

ANNEE SCOLAIRE 2025-2026

FICHE DE RENSEIGNEMENTS- Réinscription BTS

INFORMATION SUR L'ELEVE :

2^{ème} année de BTS spécialité :

2^{ème} année BTS spécialité :

Nom de l'élève :

Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Numéro de département (999 si étranger) :

Nationalité : Sexe : M F

Régime : Demi-pensionnaire Externe Interne

Email :

Téléphone portable :

Nombre de frères et sœurs dans l'établissement : Nombre de frères et sœurs scolarisés

Nombre d'enfant total à charge :

Redoublant(e) : oui non

INFORMATION SUR LE RESPONSABLE PRINCIPAL :

(Personne qui fait la demande de bourse) :

Père Mère Tuteur Autre membre de la famille

Nom du responsable légal :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Email OBLIGATOIRE :

Téléphone domicile : .. Téléphone portable :

Profession : Tél pro :

IMPORTANT- INFORMATION COMPLEMENTAIRE

Nom et Prénom de la personne qui paiera la cantine et /ou l'internat :

.....
Email OBLIGATOIRE :

INFORMATION SUR L'AUTRE RESPONSABLE :

Père Mère Tuteur Autre membre de la famille

Nom du responsable :

Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Email OBLIGATOIRE :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Profession : Tél pro :

SI L'ENFANT EST EN FAMILLE D'ACCUEIL OU STRUCTURE

Responsable de la structure

Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Email OBLIGATOIRE :

Téléphone domicile : Téléphone portable :

Profession : Tél pro :

Nom du service :

Nom de l'éducateur :

Prénom : Tél pro :

Adresse :

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Identités et numéro de téléphone de personnes susceptible de vous prévenir en cas d'urgence

Nom : Tél :

Nom : Tél :

OBSERVATIONS PARTICULIERES POUR FACILITER LA PRISE EN CHARGE (ULISS, PME, PMI)

Noms de l'élève :

Classe :

OUI NON

Votre enfant a-t-il un diagnostic ou une suspicion de Dys ou Multi-Dys ?		
Votre enfant a-t-il été suivi par un orthophoniste ?		
Votre enfant a-t-il été suivi par un psychologue ?		
Votre enfant a-t- un handicap ?		
Votre enfant relève-t-il de la MDPH ?		
Votre enfant relève-t-il du dispositif ULIS ?		
Votre enfant bénéficie-t-il d'accompagnant (AESH) ?		
Votre enfant a-t-il bénéficié d'un aménagement pour les examens ?		

À partir de la rentrée, nous vous encourageons à prendre contact avec **Mme AIGUADEL-JALEME**, Proviseure Adjointe responsable du suivi des élèves à besoins éducatifs particuliers (EBEP).

Date : /..... /.....

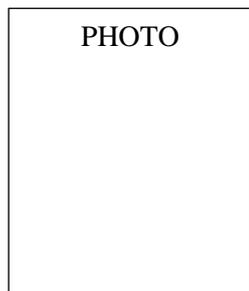
Signature du père :

Signature de la mère :

Signature autre responsable :

FICHE D'URGENCE-Année scolaire 2025-2026

Identité de l'élève



Nom

Prénom :

Classe à la rentrée (préciser la spécialité) :

Date de naissance :

Externe	
Demi- Pensionnaire	
Interne	

Nom et Prénom du frère, de la sœur ou d'un autre parent scolarisé au Lycée JUMINER :

.....

Responsable légal 1	Responsable légal 2	Autre personne à contacter (précisez le lien avec l'élève)
NOM		
PRENOM		
ADRESSE		
CODE POSTAL		
VILLE		


 En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant les numéros de téléphone suivants :

 Domicile		
 Travail		
 Portable		

Informations complémentaires

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (SDIS), 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 obligatoirement de sa famille.**

Date du dernier rappel antitétanique :
 (pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions à prendre...) :

.....

Nom, adresse et numéro de téléphone du médecin traitant :

TRES SIGNALE

Votre enfant est-il affecté par une maladie qui a un impact sur sa scolarité ? Oui Non

Si oui, remplir correctement « la fiche de renseignements médicaux confidentiels » et la remettre sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmière du lycée.

SIGNATURE DU RESPONSABLE :



FICHE QUESTIONS SANTE A DESTINATION DE L'INFIRMIERE

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

CLASSE :

NOM	
Prénom	
Date de Naissance	
Établissement d'origine	
Commune de résidence	
N° de téléphone perso	
N° de téléphone des parents	

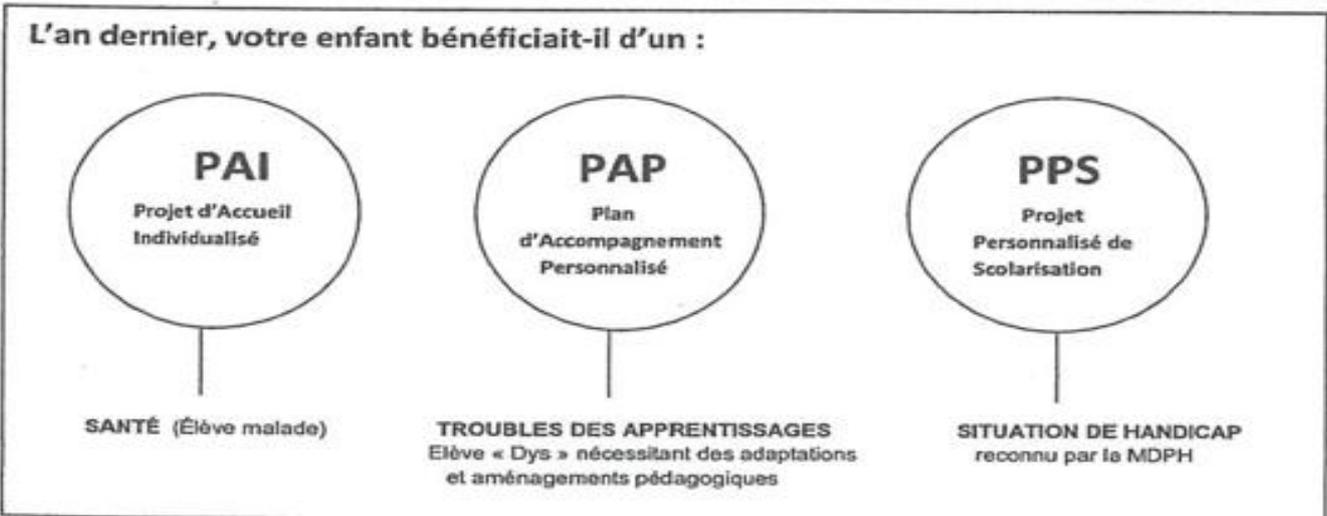
Votre enfant a-t-il un problème de santé ayant une incidence sur sa vie scolaire, familiale ou personnelle ? OUI NON

- Si OUI, lequel ?

maladie neurologique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
maladie respiratoire ou allergique	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
maladie cardiaque	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
est-il drépanocytaire ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
est-il sujet aux hémorragies ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
a t'il un diabète ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
a-t-il des troubles psychiques, mentaux	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
autre maladie importante ?		

- Suit-il un traitement ? OUI NON
 Si OUI, nom du médicament

- Y'a-t-il des précautions particulières à prendre ? OUI NON



FICHE D'ACCUEIL A DESTINATION DE L'ASSISTANTE SOCIALE

2025-2026

L'assistante sociale est soumise au secret professionnel.

ELEVE

Nom-Prénom :

Date et lieu de naissance :

L'an dernier, votre enfant était scolarisé au collège :

A-t-il eu des problèmes scolaires oui non **d'absence** oui non **de comportement** oui non

Est-il passé en conseil **de discipline** oui non

Votre enfant a-t-il été **victime de Harcèlement** oui non

Fume-t-il des **cigarettes** oui non **des joints** oui non

A-t-il une affaire judiciaire en cours oui non

Votre enfant a-t-il :

1-une activité **sportive** oui Précisez..... non

2- une activité **culturelle** oui Précisez..... non

3-une activité **religieuse** oui non

4-des **animaux** oui Précisez..... non

Votre enfant est-il dans un groupe de **carnaval** oui non

Le midi, votre enfant **mangera** : à la restauration du lycée à la maison autre.....

Votre enfant **se rendra au lycée** : à pieds en voiture en transport d'élèves en transport en commun

Votre enfant est-il **suivi par un spécialiste** : non oui, par : éducateur psychologue orthophoniste

médecin CMP SESSAD Autres.....

Votre enfant a-t-il un **problème de santé** : non oui

PARENTS

Vous êtes : marié (e) pacsé (e) veuf (ve) divorcé (e) célibataire

NOM	PRENOM	ADRESSE	TELEPHONE	EMPLOI

Vos enfants :

NOM	PRENOM	DATE NAISSANCE	CLASSE	ETABLISSEMENT

Vous habitez dans : une maison un appartement autre :

Rencontrez-vous des **difficultés** : familiales financières d'éducation de l'enfant autre.....

Souhaitez-vous un **rendez-vous avec** : l'assistante sociale l'infirmière le PsyEN

ACTIVITES PROPOSEES POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2025-2026



UNSS
UNION NATIONALE
DU SPORT SCOLAIRE

- BASKET BALL
- FOOTBALL
- MUSCULATION
- TENNIS DE TABLE

AUTORISATION PARENTALE

GUADELOUPE

**Association sportive
du lycée Bertène Juminer**

Président : Mme CHANLOT

Trésorier : Mme CASY

Secrétaire : Mr BLUTEAU

Je soussigné

Parent, responsable légale de l'élève

Né(e) le :

Scolarisé (e) en classe de :

L'autorise à participer aux activités de l'Association Sportive du Lycée, aux entraînements, aux compétitions et aux différentes sorties organisées par celle-ci. (1)

Oui Non

J'autorise les prises de vue et leurs publications sur le site de l'Association et de l'UNSS. (1)

Oui Non

J'autorise toute intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité. (1)

Oui Non

Lycée Professionnel

Bertène JUMINER

Blachon

97129 Lamentin

05 90 25 44 42

ce.9710090w@ac-guadeloupe.fr

Tél. responsable légal :

Tél. élève :

Mail élève :

Fait à :

Le :

Signature :

(1) Rayer la mention inutile

