

ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

FICHE DE RENSEIGNEMENTS-**Inscriptions**

INFORMATIONS SUR L'ÉLÈVE :

- 2nd BAC PRO spécialité : 2nd CAP spécialité
 1^{ère} BAC PRO spécialité : 1^{er} CAP spécialité :
 1^{er} CAP spécialité : 3^e PREPA METIERS

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

Nombre de frères et sœurs dans l'établissement : Nombre de frères et sœurs scolarisés....
Nombre d'enfant total à charge :

Redoublant(e) : oui non

INFORMATIONS 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 :

INFORMATIONS 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 PARTICULIÈRES POUR FACILITER LA PRISE EN CHARGE

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-il 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, Provisseuse Adjointe responsable du suivi des élèves à besoins éducatifs particuliers (EBEP).

Date : / /

Date :

ÉTUDE AUTOMATIQUE DU DROIT À BOURSE

Si vous avez la charge de l'enfant que vous inscrivez (nourriture, logement, habillement), nous pouvons étudier si vous avez **droit à une bourse pour son année scolaire**. Pour cela, il vous suffit de remplir ou modifier les **informations ci-dessous, pour vous-même et pour votre concubin(e), si vous êtes dans cette situation**.

Ces informations sont indispensables pour nous permettre de récupérer automatiquement vos données fiscales.

De cette manière, vous n'aurez pas besoin de faire une demande de bourse à la rentrée.

Vous obtiendrez une réponse au cours du premier trimestre de l'année scolaire.

J'accepte l'étude automatique de mon droit à bourse et je complète les informations ci-dessous

Vous-même :

Nom de famille* (1) :

Nom d'usage (2) :

Prénom 1* (3) : **Prénom 2 :**

Prénom 3 :

Date de naissance* : _ _ / _ _ / _ _ _ _ **Pays de naissance* :**

..... **Département de naissance* (4) :** _ _

Commune de naissance* (4) :

Votre concubin(e) :

*Vous êtes en concubinage si vous vivez en couple sous le même toit, sans être marié ou pacsé (dans ce cas vous payez vos impôts séparément). **L'accord de votre concubin(e) est indispensable pour cette démarche***

Civilité* : Mme M. **Nom de famille* (1) :**

Nom d'usage (2) :

Prénom 1* (3) : **Prénom 2 :**

Prénom 3 : **Date de naissance* :** _ _ / _ _ / _ _ _ _

Pays de naissance* :

Département de naissance* (4) : _ _ _ **Commune de naissance* (4) :**

.....

Signature du père :

Signature de la mère :

Signature autre responsable :

Lycée des Métiers de l'habitat et des services associés Bertène JUMINER

INSCRIPTION 2024-2025

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR ET DOCUMENTS À COMPLÉTER ET À RENDRE

- 1 photocopie de la pièce d'identité ou titre de séjour
- La notification d'affectation (à récupérer dans l'établissement d'origine)
- Le certificat de fin de scolarité (EXEAT) pour les élèves venant d'un autre établissement ou d'une autre académie
- 1 photocopie de l'attestation de recensement ou certificat de participation de la journée d'appel (JAPD) pour les + de 16ans
- 4 photos d'identité récentes et identiques
- 1 photocopie des 3 bulletins de notes 2023-2024
- 1 photocopie d'un justificatif de domicile (quittance de loyer, EDF, Eau)
- 1 photocopie du carnet de vaccination
- 1 photocopie du livret de famille dans son intégralité ou extrait de naissance (élève, parents, Fratries)
- 1 photocopie de la carte vitale
- 1 photocopie de l'attestation d'assurance 2024-2025
- 1 photocopie de l'attestation de sécurité routière (ASSR)
- 1 photocopie de l'attestation de formation au secourisme : PSC1 ou SST
- 7.50€ pour le badge
- 1 photocopie de la pièce d'identité du représentant légal
- Si l'élève est mineur : 1 RIB parent relevé d'identité bancaire ou postal (UNIQUEMENT en format imprimé ou du chéquier).

 **Les formats ticket du distributeur ne seront pas acceptés**

- Si l'élève est majeur : 1 RIB relevé d'identité bancaire ou postal (UNIQUEMENT en format imprimé ou du chéquier).

 **Les formats ticket du distributeur ne seront pas acceptés**

Contributions

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

Documents à remplir obligatoirement à la maison et à rendre au lycée le jour de la remise des pièces :

- La Fiche de renseignements
- La Fiche Questions Santé
- La Fiche d'accueil Assistante Sociale

FICHE D'ACCUEIL A DESTINATION DE L'ASSISTANTE SOCIALE

2024-2025

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



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

L'an dernier, votre enfant bénéficiait-il d'un :



SANTÉ (Élève malade)



TROUBLES DES APPRENTISSAGES
Élève « Dys » nécessitant des adaptations et aménagements pédagogiques



SITUATION DE HANDICAP
reconnu par le MDPH