

ANNEE SCOLAIRE 2024 - 2025

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS - *Inscriptions 1ère année BTS*

### INFORMATIONS SUR L'ÉLÈVE :

Classe :  1<sup>ère</sup> année BTS CCST ou  1<sup>ère</sup> année BTS ERA

Nom de l'élève : .....

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

Date de naissance : .../.../..... Numéro du département (indiquez 999 si étranger) :

Lieu de naissance : .....

Nationalité : ..... Sexe :  M  F

Régime :  Demi-pensionnaire  Externe  Interne

Téléphone portable : .....

Email OBLIGATOIRE : .....

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

Nombre total d'enfants à charge : .....

Redoublant(e) :  oui  non

### INFORMATIONS SUR LE RESPONSABLE PRINCIPAL

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 COMPLÉMENTAIRE :**

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

Email OBLIGATOIRE : .....

Nom responsable : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Email OBLIGATOIRE : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

Profession : ..... Tél prof : .....

### SI L'ENFANT EST EN FAMILLE D'ACCUEIL OU EN STRUCTURE, indiquer le :

Nom responsable : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Email OBLIGATOIRE : .....

Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....

Profession : ..... Tél prof : .....

Nom de l'éducateur : ..... Prénom : .....

Téléphone professionnel : .....

Nom du service : .....

Adresse : .....

### PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom, prénom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir en cas d'urgence :

1. .... Tél : .....



2. .... Tél : .....

Date : .....

Signature de l'étudiant si majeur : ..... Signature du responsable légal (si étudiant mineur) : ..... Signature autre responsable : .....

## INSCRIPTION BTS 2024-2025

### LISTE DES PIÈCES A FOURNIR ET DOCUMENTS A COMPLETER ET A RENDRE

- 1 photocopie de la pièce d'identité ou titre de séjour
- Le certificat de fin de scolarité (EXEAT) pour les élèves venant d'un autre établissement ou d'une autre académie
- 4 photos d'identité récentes et identiques
- 1 photocopie des 3 bulletins de notes 2023-2024
- 1 photocopie du relevé de notes du BAC
- 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
- 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



➤ AUCUNE INSCRIPTION NE SERA ACCEPTÉE SI LE DOSSIER EST INCOMPLÈT

➤ NOUS VOUS PRIONS DE VOUS MUNIR DES COPIES DES PIÈCES ORIGINALES. AUCUNE PHOTOCOPIE NE SERA EFFECTUÉE SUR PLACE

**FICHE D'ACCUEIL A DESTINATION DE L'ASSISTANTE SOCIALE**

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**  
 Elève « Dys » nécessitant des adaptations  
 et aménagements pédagogiques



**SITUATION DE HANDICAP**  
 reconnu par le MDPH