

Inscription BTS

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR :

- La notification d'affectation sur PARCOURSUP
- Le quitus bleu de remise des livres (uniquement pour les élèves provenant du LP B. JUMINER)
- 1 photocopie de la pièce d'identité de l'étudiant ou titre de séjour
- 1 photocopie du livret de famille **dans son intégralité** ou extrait de naissance (élève, parents, fratrie)
- Le certificat de fin de scolarité (EXEAT) pour les élèves venant d'un autre établissement ou d'une autre académie
- 1 photocopie du relevé de note du BAC
- 1 photocopie de l'attestation de recensement ou certificat de participation de la journée d'appel (JAPD) pour les + de 16 ans
- 1 photocopie de la carte vitale
- 1 photocopie d'un justificatif de domicile (quittance de loyer, EDF, Eau)
- 4 photos d'identité récentes et identiques
- 1 photocopie du carnet de vaccination
- 1 photocopie de l'attestation d'assurance 2025-2026
- **7,50 € pour l'achat du badge. Prévoir l'appoint. Paiement possible en espèces, par carte bancaire ou par chèque.**

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
- Les documents médico-sociaux :
 - 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-**Inscription BTS**

INFORMATION SUR L'ELEVE :

☐ 1^{ère} 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

PHOTO

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 ☐	NON ☐
maladie respiratoire ou allergique	OUI ☐	NON ☐
maladie cardiaque	OUI ☐	NON ☐
est-il drépanocytaire ?	OUI ☐	NON ☐
est-il sujet aux hémorragies ?	OUI ☐	NON ☐
a-t'il un diabète ?	OUI ☐	NON ☐
a-t-il des troubles psychiques, mentaux	OUI ☐	NON ☐
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 la MDPH

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