

ANNEE SCOLAIRE 2026-2027
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

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 PARTICULIÈRES 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-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**, Proviseure Adjointe responsable du suivi des élèves à besoins éducatifs particuliers (EBEP).

Date : / /

Signature du père :

Signature de la mère :

Signature autre responsable :

Inscription BTS

Année scolaire 2026 – 2027

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR :

- La notification d'affectation sur PARCOURSUP
- 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 notes 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 de moins de 3 mois (quittance de loyer, EDF, Eau)
- 4 photos d'identité récentes et identiques (NOM, Prénom mentionnés au dos)
- 1 photocopie du carnet de vaccination dans son intégralité
- 1 photocopie de l'attestation d'assurance 2026-2027
- 7.50€ pour le badge

Contribution

- 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'inscription à l'UNSS



- AUCUNE INSCRIPTION NE SERA ACCEPTÉE SI LE DOSSIER EST INCOMPLÉT
- NOUS VOUS PRIONS DE VOUS MUNIR DES COPIES DES PIÈCES ORIGINALES.
- AUCUNE PHOTOCOPIE NE SERA EFFECTUÉE SUR PLACE

FICHE D'URGENCE-Année scolaire 2026-2027

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 D'URGENCE-Année scolaire 2026-2027

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 SIGNALÉ

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 :



Question santé pour la rentrée 2026-2027

Informations de l'élève

- Nom : _____
- Prénom : _____
- Date de naissance : _____
- Classe demandée : _____
- Etablissement d'origine : _____
- Commune de résidence : _____
- Responsable légal : _____
- Téléphone : _____

État de santé général

Votre enfant présente-t-il actuellement ou a-t-il déjà présenté un problème de santé ayant une incidence sur sa vie scolaire, familiale ou personnelle : OUI ☐ NON ☐

OUI	NON	Situation
☐	☐	Asthme ou difficultés respiratoires
☐	☐	Allergies (alimentaires, médicaments, piqûres...)
☐	☐	Problèmes cardiaques
☐	☐	Épilepsie ou malaises
☐	☐	Troubles de la vue
☐	☐	Troubles de l'audition
☐	☐	Troubles musculo-squelettiques / dos / articulations
☐	☐	Diabète
☐	☐	Vertiges ou pertes d'équilibre
☐	☐	Drépanocytose
☐	☐	Troubles psychiques, mentaux
☐	☐	Autre problème de santé

Si oui, précisez :

Suivi médical et traitements

- L'élève suit-il un traitement médical régulier ?
☐ OUI ☐ NON

Si oui, lequel ? Nom du (ou des) médicament(s) : _____

L'élève porte-t-il : ☐ Lunettes ☐ Lentilles ☐ Appareil auditif ☐ Aucun

Aptitude aux activités professionnelles

Certaines activités du bâtiment nécessitent :

- le port d'équipements de protection,
- le travail en hauteur,
- la manipulation d'outils et matériaux,
- le port de charges,
- l'exposition au bruit ou à la poussière.

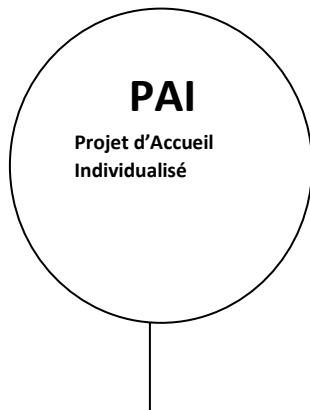
L'élève présente-t-il une contre-indication connue à ces activités ?

☐ OUI ☐ NON

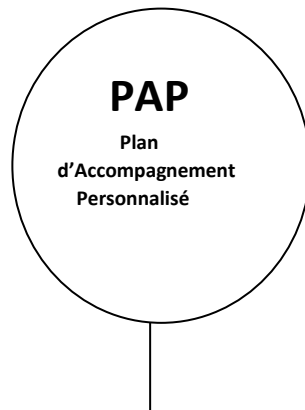
Si oui, précisez :

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

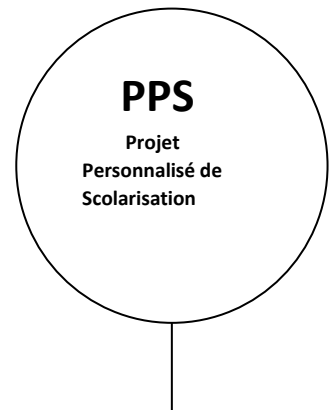
Si oui, cocher le cercle correspondant



SANTÉ (Élève malade)



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



SITUATION DE HANDICAP
reconnu par la MDPH

Personne à contacter en cas d'urgence

- Nom : _____
- Lien avec l'élève : _____
- Téléphone : _____

ACTIVITES PROPOSEES POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2026-2027



- BASKET BALL
- FOOTBALL
- MUSCULATION
- BOXE (à confirmer à la rentrée)
- TENNIS DE TABLE

GUADELOUPE

AUTORISATION PARENTALE

Association sportive du lycée Bertène Juminer

Président : Mme CHANLOT

Trésorier : Mme CASY

Secrétaire : Mr BLUTEAU

Lycée Professionnel

Bertène Juminer

Blachon

97129 Lamentin

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

Tél. responsable légal :

Tél. élève :

Mail élève :

Fait à :

Le :

Signature :

(1) Rayer la mention inutile