

ANNEE SCOLAIRE 2026-2027
FICHE DE RENSEIGNEMENTS-Inscription BTS

INFORMATION SUR L'ÉLÈVE :

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

Date : / /

Signature du père :

Signature de la mère :

Signature autre responsable :

Réinscription BTS

Année scolaire 2026-2027

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, fratrie)
- 1 photocopie de la carte vitale
- 1 photocopie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois (quittance de loyer, EDF, Eau)
- 1 photocopie du carnet de vaccination **dans son intégralité**
- 4 photos d'identité récentes et identiques
- 1 photocopie de l'attestation d'assurance 2026-2027
- 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

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 ACCEPTEE SI LE DOSSIER EST INCOMPLET**
- **NOUS VOUS PRIONS DE VOUS MUNIR DES COPIES DES PIÈCES ORIGINALES.**
- **AUCUNE PHOTOCOPIE NE SERA EFFECTUEE 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	<input type="checkbox"/>
Demi-Pensionnaire	<input type="checkbox"/>
Interne	<input type="checkbox"/>

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	<input type="checkbox"/>
Demi-Pensionnaire	<input type="checkbox"/>
Interne	<input type="checkbox"/>

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 :

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



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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme ou difficultés respiratoires
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergies (alimentaires, médicaments, piqûres...)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problèmes cardiaques
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie ou malaises
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de la vue
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles de l'audition
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles musculo-squelettiques / dos / articulations
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vertiges ou pertes d'équilibre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Drépanocytose
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles psychiques, mentaux
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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.

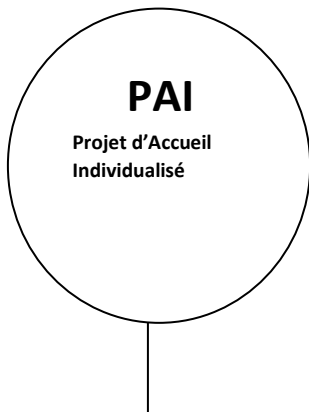
L'élève présente-t-il une contre-indication connue à ces activités ?

OUI NON

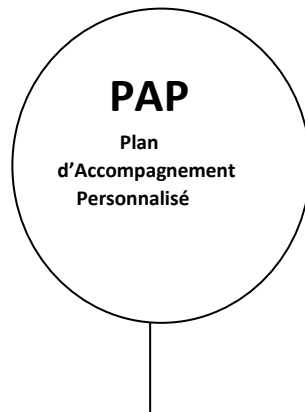
Si oui, précisez :

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

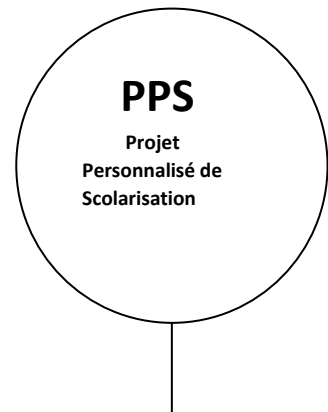
Si oui, cocher le cercle correspondant



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 : _____