

INSCRIPTIONS : Année scolaire 2024-2025

PIÈCES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

1) SCOLARITÉ :

- Copie de la carte d'identité (ou passeport) **en cours de validité** (document obligatoire pour toute inscription aux examens)
- Copie de l'attestation de participation à la JDC.
- Copie du livret de famille.

2) INFIRMERIE :

- Une fiche d'infirmerie + fiche urgence sur laquelle vous collerez une autre photo d'identité.
- Photocopie des vaccins

3) INTENDANCE :

- Fiche intendance.
- Une photo d'identité
- Un relevé d'identité bancaire **aux nom et adresse du responsable identifié comme payant les frais scolaires: inscrire au dos nom, prénom et le niveau et la filière de l'élève.**

IDENTIFICATION DE L'ETUDIANT Paie les frais scolaires

Nom : _____ Prénoms : _____
 Né(e) le : _____ A _____ Département : _____
 Nationalité : _____ N°Insee (de l'élève) : _____ Sexe (M ou F) : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____
 Commune : _____ Pays : _____
 Portable : _____ @ mail : _____

Accepte les SMS automatiques en cas d'absence

Scolarité de l'année 2024 – 2025 :

Formation : _____ Division/classe : _____
 Doublement : oui non Régime : Externe DP Ticket Demi-pensionnaire Boursier : oui non
 Langues : L.V.A : ANGLAIS Moyen de transport : Divia Transco Train Autre : _____

Scolarité antérieure :

ANNEE	CLASSE	ETABLISSEMENT	DIPLOME OBTENU
2023-2024			
2022-2023			
2021-2022			

Personne à contacter : Paie les frais scolaires

Nom : _____ Prénom : _____ Lien de parenté : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____
 Commune : _____ Pays : _____
 domicile : _____ travail : _____ portable : _____
 @ mail (obligatoire) : _____ Accepte les SMS automatiques en cas d'absence
 Profession ou catégorie socio-professionnelle* : _____ (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir page 2)
 Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves oui non

Personne à contacter : Paie les frais scolaires

Nom : _____ Prénom : _____ Lien de parenté : _____
 Adresse : _____ Code postal : _____
 Commune : _____ Pays : _____
 domicile : _____ travail : _____ portable : _____
 @ mail (obligatoire) : _____ Accepte les SMS automatiques en cas d'absence
 Profession ou catégorie socio-professionnelle* : _____ (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir page 2)
 Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves : oui non

Je certifie l'exactitude des données transmises

Fait le ___/___/___

Signature de l'étudiant :

Professions et catégories socio-professionnelles - Codes à reporter en page 1, « représentants légaux »

Code	Libellé	Code	Libellé
AGRICULTEURS EXPLOITANTS		OUVRIERS	
10	Agriculteurs exploitants	62	Ouvriers qualifiés de type industriel
ARTISANS, COMMERCANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE		63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
21	Artisans	64	Chauffeurs
22	Commerçants et assimilés	65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES		68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
31	Professions libérales	69	Ouvriers agricoles
33	Cadres de la fonction publique	RETRAITES	
34	Professeurs, professions scientifiques	71	Retraités agriculteurs exploitants
35	Professions de l'information, des arts et des spectacles	72	Retraités artisans, commerçants, chefs d'entreprise
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	74	Anciens cadres
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	75	Anciennes professions intermédiaires
PROFESSIONS INTERMEDIAIRES		77	Anciens employés
42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés	78	Anciens ouvriers
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social	PERSONNES SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE	
44	Clergé, religieux	81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	83	Militaires du contingent
46	Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise	84	Elèves, étudiants
47	Techniciens	85	Personnes sans activité professionnelle < 60 ans (sauf retraités)
48	Contremaîtres, agents de maîtrise	86	Personnes sans activité professionnelle >= 60 ans (sauf retraités)
EMPLOYES			
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique		
53	Policiers et militaires		
54	Employés administratifs d'entreprise		
55	Employés de commerce		
56	Personnels des services directs aux particuliers		

Établissement scolaire :

Année scolaire :

Document non confidentiel à remplir par les familles en chaque début d'année scolaire.

Fiche de renseignements en cas d'urgence

Identité de l'élève

Nom : Prénom :

Date de naissance : Classe :

Adresse :

.....

N° de téléphone portable de l'élève majeur :

Identité des responsables légaux :

Responsable légal n°1 :

Nom : Prénom :

Adresse du responsable légal n°1:

.....

N° de téléphone portable :

Responsable légal n°2 :

Nom : Prénom :

Adresse du responsable légal n°2:.....

.....

N° de téléphone portable :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir les responsables légaux le plus rapidement possible.

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de récupérer votre enfant dans le cas où vous ne pourriez pas vous déplacer (réponse obligatoire)

1 : 2 : 3 :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital ou le service de soins le mieux adapté, déterminé par le SAMU-centre 15.

Les responsables légaux sont immédiatement avertis par l'école ou l'établissement scolaire.

Un élève mineur ne peut pas sortir de l'hôpital ou de service de soins sans être accompagné d'un de ses parents ou de son responsable légal.

Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé pour raison de santé) : Oui Non
(Le PAI sera joint en cas de sortie ou de voyage scolaire)

Votre enfant a-t-il un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation pour situation de handicap) : oui non
(Le PPS sera joint si besoin en cas de sortie ou de voyage scolaire)

Souhaitez-vous évoquer un point particulier sur la santé de votre enfant ? oui non

Si oui et /ou si votre enfant bénéficie d'un PAI et /ou d'un PPS, veuillez renseigner la fiche infirmerie confidentielle à remettre, sous enveloppe cachetée à l'attention du personnel infirmier,

Lors de la 1ère inscription dans l'établissement, merci de fournir la photocopie des vaccinations avec la fiche infirmerie confidentielle, sous enveloppe cachetée à l'attention de personnel infirmier de l'établissement,

Signature responsable légal n°1

Signature responsable légal n°2

Vos données sont collectées par l'établissement

Le responsable de traitement est le le chef d'établissement. Les informations personnelles collectées serviront à alimenter les traitements suivants : informer les personnels de santé de l'établissement et , le cas échéant ceux des services de secours des problèmes de santé de l'élève. D'autres traitements de données à caractère personnel sont susceptibles d'être mis en œuvre par l'établissement et feront l'objet d'une information ultérieure par le chef d'établissement. Conformément aux dispositions issues du règlement européen à la protection des données à caractère personnel et à la nouvelle loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, de limitation et d'effacement aux données. Pour exercer ces droits et pour toute question relative aux traitements des données de votre enfant (si l'élève est mineur), vous pouvez contacter le délégué à la protection des données par voie électronique dpd@region-academique-bourgogne-franche-comte.fr ou postale : Rectorat de la région académique Bourgogne-Franche-Comte - Délégué à la protection des données – 10 rue de la Convention – 25030 BESANCON Cedex. Si vous estimez, après avoir contacté le chef d'établissement ou le délégué à la protection des données que vos droits à la protection des données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy, TSA80715, 75334 PARIS CEDEX07 ou sur <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> . Cette fiche est conservée pendant 2 ans par l'établissement et sera détruite (BO du 16 juin 2005 relatif à l'archivage)



**ACADÉMIE
DE DIJON**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Établissement scolaire :

Classe :

Ce document contient des renseignements médicaux, merci de le transmettre à l'infirmier de l'établissement sous pli cacheté. Un courrier avec des informations médicales confidentielles sous pli cacheté à l'attention des services de secours peut également être joint à la présente :
courrier joint : Oui Non

**Photo
à
agrafer**

FICHE INFIRMERIE

NOM : Prénom : Né(e) le :

VACCINATIONS :

Exclusivement pour les élèves qui intègrent l'établissement, joindre une photocopie **nominative** des pages «Vaccinations » du carnet de santé. (article L.3111-2 du code de la santé publique).

NOM et numéro de téléphone du médecin traitant :

- **Votre enfant porte-t-il des lunettes?** Oui Non

Si **OUI**, date de la dernière consultation chez l'ophtalmologue :

- **Votre enfant a-t-il des problèmes d'audition connus?** Oui Non

Si **OUI**, nom du médecin ORL qui le suit :

- **Votre enfant suit-t-il un traitement médical régulier?** Oui Non

Si **OUI**, lequel? :

- **Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi particulier?** Oui Non

(Ex. : Psychologique, pédopsychiatrique, orthophonique, kinésithérapique, ergothérapie)

Merci de préciser le nom du professionnel ou la structure qui suit votre enfant:

- **Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet personnalisé de scolarisation (PPS)?** Oui Non
- **Votre enfant souffre-t-il d'une pathologie chronique nécessitant la mise en place d'un PAI?** Oui Non

(asthme, allergie, épilepsie, diabète, mucoviscidose, drépanocytose, traitement de longue durée)

Dans ce cas, merci de prendre contact avec le personnel de santé de l'établissement.

S'il a bénéficié d'un PAI l'an passé, souhaitez-vous le reconduire pour l'année scolaire à venir? Oui Non

- **Indications complémentaires sur la santé de votre enfant qu'il vous semble important de porter à la connaissance du personnel de santé de l'établissement :**

.....

En cas d'urgence et d'obligation de transférer mon enfant dans le centre hospitalier le mieux adapté, j'autorise qu'il puisse être transporté seul dans un véhicule envoyé par le service de régulation du SAMU. Je serai très rapidement prévenu(e) de ce transfert par un personnel de l'établissement scolaire dans lequel est scolarisé mon enfant. J'assurerai sa sortie de l'hôpital.

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus.

Signature du responsable légal n°1

et / ou

Signature du responsable légal n°2

A le

A le

Vos données sont collectées par l'établissement
Le responsable de traitement est le chef d'établissement. Les informations personnelles collectées serviront à alimenter les traitements suivants : informer les personnels de santé de l'établissement et, le cas échéant ceux des services de secours des problèmes de santé de l'élève. D'autres traitements de données à caractère personnel sont susceptibles d'être mis en œuvre par l'établissement et feront l'objet d'une information ultérieure par le chef d'établissement. Conformément aux dispositions issues du règlement européen à la protection des données à caractère personnel et à la nouvelle loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, de limitation et d'effacement aux données. Pour exercer ces droits et pour toute question relative aux traitements des données de votre enfant (si l'élève est mineur), vous pouvez contacter le délégué à la protection des données par voie électronique dpd@region-academique-bourgogne-franche-comte.fr ou postale : Rectorat de la région académique Bourgogne-Franche-Comte - Délégué à la protection des données - 10 rue de la Convention - 25030 BESANCON Cedex. Si vous estimez, après avoir contacté le chef d'établissement ou le délégué à la protection des données que vos droits à la protection des données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy, TSA80715, 75334 PARIS CEDEX07 ou sur <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>. Cette fiche est conservée pendant 2 ans par l'établissement et sera détruite (BO du 16 juin 2005 relatif à l'archivage).

FICHE INTENDANCE INSCRIPTION ANNÉE 2024-2025

Joindre obligatoirement un RIB au nom du responsable financier 1 de l'étudiant

ÉLÈVE ETUDIANT

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

RÉGIME CHOISI (**1 seule case à cocher obligatoirement**) :

- EXTERNE (ne mange pas au self)
 DP TICKET (mange occasionnellement et doit recharger sa carte pour manger)
 DP4 (forfait 4 jours : lundi/mardi/jeudi/vendredi-paiement à réception de facture)
 DP5 (forfait 5 jours, lundi/mardi/mercredi/jeudi/vendredi paiement à réception de facture)

Il sera possible de changer de régime en début d'année, jusqu'au 30/09/2024, puis avant la fin de chaque trimestre sur demande écrite ou par courriel.

RESPONSABLE(S) DE L'ETUDIANT

Attention : En cas de séparation des parents, la réglementation prévoit l'envoi des factures et des éventuels remboursements au SEUL responsable 1, le responsable financier de l'élève déclaré ci-dessus.

Responsable 1 de l'étudiant (paye les frais et touche les aides)

Responsable 2 de l'étudiant

Nom : _____

Prénom : _____

Date et lieu de naissance : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tel : _____

Mère Père Autre (préciser) _____

COMPTE BANCAIRE (joindre un RIB)

IBAN :

BIC :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

CP : _____ Ville : _____

Tel : _____

Mère Père Autre (préciser) _____

SI L'ETUDIANT EST PRIS EN CHARGE PAR UN ORGANISME OU UNE COLLECTIVITÉ

Joindre tout document justificatif de la prise en charge financière si possible

NOM ORGANISME : _____ NOM DU RÉFÉRENT : _____

ADRESSE DE FACTURATION : _____ TEL : _____

La signature du présent document vaut acceptation du règlement de financier de l'internat et de la demi-pension consultable sur le site du lycée www.lycee-simoneveil-dijon.org

SIGNATURE DU RESPONSABLE FINANCIER 1

.....