

**Rentrée scolaire 2019 - Dossier d’inscription**

**⬜ Classe préparatoire MPSI**

**⬜ Première année de BTS**

**Pièces à fournir :**

* **Les documents suivants ( Fiche d’inscription, de communication, et d’urgence ) renseignés.**
* **Trois photographies d’identité récentes.**
* **Un RIB au nom de l’étudiant ou du responsable financier**
* **Le relevé de notes du baccalauréat**
* **La photocopie du carnet de vaccination.**

**NB : Seuls les dossiers complets seront acceptés.**

Inscriptions :

Du lundi 8 au lundi 15 juillet inclus,

de 9h à 12h et de 13h30 à 17h30,

Au secrétariat (bâtiment administratif)

**FICHE D’INSCRIPTION en BTS 1ère ANNEE ou MPSI**

|  |
| --- |
| IDENTIFICATION |
| NOM : ………………………………… PRENOM :………………………………………..Date de Naissance :……………………….. Téléphone élève : …………………………… Régime : EXT DP (Encadrer la mention choisie)  MPSI Uniquement : INT INT-EXTERNE  |
| Formation 2019/2020 : ⬜ MPSI  ⬜ BTS SAM ⬜ BTS NDRC ⬜ BTS CG ⬜ BTS MCO |
| Formation suivie en 2018/2019 : ………………………………….. |
| **Langue Vivante Optionnelle (Uniquement pour les MPSI) : 🞎** Espagnol |
| **Adresse et Responsables légaux** |
| **Responsables légaux :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NOM, PRENOM: Adresse : Téléphone : Portable :  |  | NOM, PRENOM: Adresse : Téléphone :Portable :  |

**Adresse de l’étudiant****…………………………………………………………………………………………………………****Responsable financier : *(A compléter)***

|  |
| --- |
| NOM, PRENOM :Adresse: Téléphone : |

 |



**Communication envers les parents**

Afin de faciliter et de sécuriser l’information en direction des responsables légaux, nous utilisons le courrier électronique. **Aussi, toutes les informations concernant la scolarité et la vie au Lycée Dessaignes seront transmises à l’adresse électronique que vous aurez indiquée.** Seules les communications institutionnelles (Elections, procédure d’orientation, courrier d’absences, bulletins, procédures disciplinaires…) se feront par des imprimés prévus à cet effet.

 **NOM, Prénom de l’étudiant :**

**Adresse électronique à utiliser pour l’année scolaire 2019/2020**

Responsable légal 1 :

 **@**

Responsable légal 2 :

 **@**

* J’autorise l’établissement à communiquer mon adresse électronique aux fédérations des parents.

 oui non

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorisation de photographier (Droit à l'image)**

J'autorise mon enfant à être photographié dans les différents projets du lycée.

*(Les images des élèves pourront être utilisées uniquement en affichage interne ou sur le site du lycée, leur durée de conservation étant limitée à 2 ans. Les élèves concernés ou leurs responsables légaux peuvent demander le retrait de l'affichage ou de la publication).*

Je n'autorise pas mon enfant à être photographié dans les différents projets du lycée.

Signature des Responsables légaux



**Année scolaire 2019-2020**

**FICHE D’URGENCE A L’ATTENTION DES PARENTS (INFIRMERIE)** \*

Nom : Prénom :

Formation : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

⇨ En cas d’urgence pour un élève accidenté ou malade, les personnels de l’Education Nationale sont dans l’obligation d’appeler le centre 15. Le médecin régulateur du 15 est chargé d’évaluer la gravité de la situation et de mobiliser l’ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes ou pompiers ou ambulances privées ou SMUR). Il convient de leur faire confiance.

⇨ La famille est immédiatement avertie par l’établissement scolaire.

⇨ Un élève mineur ne peut sortir de l’hôpital, qu’accompagné de sa famille.

**Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant le maximum de numéros de téléphones : (1)**

**1 -** N° de téléphone du domicile :

**2 -** N° du travail du légal 1 :ouportable**:**

**3 -** N° du travail du légal 2 **:**  ouportable**:**

**4 - Nom et numéro de téléphone d’une personne susceptible de vous prévenir rapidement :**

**……………………………………………………………………………………………………………**

N° et adresse du centre de sécurité sociale : …………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..

N° et adresse de l’assurance scolaire : ……………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………..

⇨ Vaccinations :

- Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (si différent de l’année dernière) : ………………………………………

- Joindre une photocopie des pages de vaccinations (si différent de l’année dernière)

⇨ Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l’établissement

 (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre…) : ………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

NOM, adresse et N° de téléphone du médecin traitant : …………………………………………..…………

…………………………………………………………………………………………………...…………

Date : …………………………………….. Signature du représentant légal :

\* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d’année scolaire.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l’attention du médecin ou de l’infirmière de l’établissement.

(1)  A compléter chaque année