

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire : /

Tout dossier d'inscription doit être complété d'un entretien avec M-Paule FOURNERIE, Directrice

*** IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE**

Nom : Prénom : Sexe : M F

Né(e) le : / / à : Département :

Pays : Nationalité :

N° INE (Identifiant National Etudiant) :

N° INA (Identification National de l'enseignement Agricole) :

*** INSCRIPTION**

Classe : Spécialité :

Régime : INTERNE EXTERNE ½ PENSION

Redoublant : OUI NON

Langue vivante 1 : Langue vivante 2 :

*** ANTÉRIORITÉ SCOLAIRE**

Établissement fréquenté au moment de la demande	Année : Classe : Spécialité :
	Nom :
	Adresse :
	Code Postal : Commune :
Diplômes obtenus précédemment	Date : Diplôme :
	Date : Diplôme :

*** INFORMATIONS BOURSES**

BOURSES NATIONALES :

Souhaitez-vous faire une demande de bourses : OUI NON

Étiez-vous boursier l'an passé : OUI NON

Toutes les familles en possession d'une notification de droit ouvert à bourses sur l'année 2020-2021 doivent nous la fournir le plus rapidement possible. (Inutile de refaire un dossier)

Le dossier de bourses vous sera envoyé en juillet.

FICHE D'URGENCE À L'INTENTION DES PARENTS ¹

Classe :

Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

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 au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile :

N° Tél. portable :

.....

.....

2. N° du travail du père :

Poste :

.....

3. N° du travail de la mère :

Poste :

.....

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence 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 de sa famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE :

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame
autorisons l'anesthésie de notre fils/fille au cas où, victime
d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

Fait à :, le :

Signature des parents :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans).

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

.....
.....
.....
.....

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....
.....
.....

PIECES A FOURNIR

- Pour les élèves déjà inscrits à l'I.S.V.T. : vous n'avez pas de pièces à fournir (sauf si changement par rapport à l'année dernière)

- Pour les nouveaux élèves : merci de nous fournir

- Les bulletins trimestriels de l'année précédente et celle en cours,
- Pour l'entrée en classe de seconde générale : l'avis favorable du Conseil de Classe,
- **2 photocopies** de la carte d'identité (à défaut, copie du livret de famille),
- 1 photo d'identité collée sur le dossier,
- Un exeat (certificat de fin de scolarité) : à demander fin juin à l'établissement d'origine,
- L'attestation de responsabilité civile remise à la famille par son assureur,
- Documents relatifs à la situation au regard des obligations militaires (entre 16 et 25 ans) : Attestation de recensement ou Certificat individuel de participation à la journée d'appel de préparation à la défense (JAPD) ou à la journée défense et citoyenneté (JDC) ou Attestation provisoire de participation à la JAPD ou à la JDC ou Attestation individuelle d'exemption de la JAPD ou de la JDC.
- Pour les redoublants repassant un examen : Relevé de notes du premier passage,
- Toutes informations que la famille juge utile de transmettre : demande d'aménagement d'épreuves, problèmes médicaux, notification MDPH...

À réception de ce présent dossier complet, une attestation d'inscription vous sera envoyée.

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES SUR L'ELEVE

- **Bénéficiez-vous d'un 1/3 temps ou d'aménagements lors des examens** OUI NON
- **D'une reconnaissance travailleur handicapé** OUI NON
- **D'un des dispositifs suivants :**
 - PAI OUI NON
 - PPS OUI NON
 - PAP OUI NON
 - PPRE OUI NON

Dans le cas d'une réponse positive, merci de nous fournir les justificatifs

VOIR AU VERSO →

* ADRESSE DU RESPONSABLE LÉGAL

Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>	Autre :
Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Code Postal :		Commune :	
☎ Domicile :			
☎ Port Mme :		☎ Port M :	
Adresse E-Mail :			

* ADRESSE AUTRE RESPONSABLE (si différente)

Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>	Autre :
Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Code Postal :		Commune :	
☎ Domicile :			
☎ Port :			
Adresse E-Mail :			

* SITUATION PROFESSIONNELLE DES PARENTS

Père	Nom :	Prénom :
	Profession :	
Mère	Nom :	Prénom :
	Profession :	

* INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Nombre d'enfants à charge :	Nombre d'enfants scolarisés :			
Nombre d'enfants scolarisés dans l'établissement :				
Comment avez-vous connu l'Établissement ?				
Parents <input type="checkbox"/>	Anciens <input type="checkbox"/>	C.I.O. <input type="checkbox"/>	Etablissement d'origine <input type="checkbox"/>	Publicité <input type="checkbox"/>
Personne : Nom :		Autre :		

* MODALITÉS DE RÈGLEMENT

<input type="checkbox"/> Comptant à réception facture
<input type="checkbox"/> Mensualisé si prélèvement automatique (remplir alors fiche prélèvement ci-jointe)

Nous soussignés parent ou tuteur de l'élève inscrit ci-dessus, attestons avoir pris connaissance, des conditions financières de scolarité dans l'établissement.

Fait à :, le :

Signature du Responsable Légal :