

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire : 202... / 202...

*** IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE**

Nom : Prénom : Sexe : M F

Né(e) le :/...../..... à : Département :

Pays : Nationalité :

Num de portable de l'élève :

Mail de l'élève :

N° INE* (Identifiant National Etudiant) :

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

* à retrouver sur les bulletins de notes ou convocation à examen

*** INSCRIPTION**

Classe : Spécialité :

Régime : INTERNE EXTERNE ½ PENSION

Redoublant : OUI NON

Langue vivante 1 : Langue vivante 2 :

*** ANTÉRIORITÉ SCOLAIRE**

<u>Établissement fréquenté au moment de la demande d'inscription</u>	Année :/..... Classe : Spécialité :
	Nom de l'établissement :
Diplômes déjà obtenus	Adresse :
	Code Postal : Commune :
	Date : Diplôme :
	Date : Diplôme :

*** INFORMATIONS BOURSES**

BOURSES NATIONALES :

Étiez-vous boursier l'an passé : OUI NON

Souhaitez-vous faire une demande de bourses : OUI NON

Le dossier de bourses vous sera envoyé fin juillet avec le courrier de rentrée

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 OBLIGATOIRES A FOURNIR :

Tout dossier incomplet ne sera pas soumis à étude

- 1 photo d'identité collée sur le dossier,
- Les bulletins de notes de l'année précédente et de celle en cours,
- 2 photocopies recto-verso de la carte d'identité en cours de validité (à défaut, copie du livret de famille),
- Si l'élève à plus de 16 ans :
Documents relatifs à la situation au regard des obligations militaires (obligatoire entre 16 et 25 ans) : Attestation de recensement ou Certificat individuel de participation à la Journée Défense et Citoyenneté (JDC) à récupérer en Mairie.
- Pour les redoublants repassant un examen : Relevé de notes du premier passage
 - Compléments de dossier à fournir plus tard (en fin d'année scolaire) :
 - 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 pour l'année scolaire 2024-2025

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 notification MDPH ? OUI NON
 - D'un des dispositifs suivants ?
 - PAI OUI * NON
 - PPS OUI * NON
 - PAP OUI * NON
 - PPRE OUI * NON
- * Justificatifs à fournir obligatoirement*
- Toutes informations utiles à l'établissement pour la scolarité de l'enfant : demande d'aménagement d'épreuves, problèmes médicaux, ...

VOIR AU VERSO →

*** 1^{er} RESPONSABLE LÉGAL (sera appelé en priorité)**

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

*** AUTRE RESPONSABLE**

Père <input type="checkbox"/>	Mère <input type="checkbox"/>	Tuteur <input type="checkbox"/>	Autre :
Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Code Postal :		Commune :	
☎ Domicile :			
☎ Portable :			
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 (<u>remplir et signer alors la fiche de prélèvement ci-jointe</u>)

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 :