

CLASSE :

**Renseignements élève**

Nom :  Prénom :  Né(e) le :   
à :  Département :  Pays de Naissance :   
Régime :  Sexe :  Date Entrée :   
☎ Portable :  @ Mél :

**Scolarité de l'année précédente**

Classe :  Établissement :  Commune :

**Renseignements responsable 1**

Nom :  Prénom :   
☎ Portable :  ☎ Domicile :  ☎ Travail :   
Code postal :  @ Mél :   
Ville :  Adresse :

PRÉNOM :

**Renseignements responsable 2**

Nom :  Prénom :   
☎ Portable :  ☎ Domicile :  ☎ Travail :   
Code postal :  @ Mél :   
Ville :  Adresse :

**Classe et filières CAP**

3° prépa métiers     CAP MIS 1     CAP MIS 2     CAP ELEC 1     CAP ELEC 2

**Classe et filières BAC PRO**

TNE 2nd     MELEC 1ère     MELEC Term     ICCER 1ère     ICCER Term  
 MMV 2nd     MV 1ère     MV Term  
 PMIA 2nd     MSPC 1ère     MSPC Term  
 REMI 2nd     TRPM 1ère     TRPM Term

**Dispositifs particuliers :**     Apprenti     ULIS     MLDS     UPE2A     Convention CFA

NOM :

**Équipements ateliers :**    Pointure :     Taille (S/M/L/XL) :

Le :     Signature :

**Renseignements élève**

Nom :  Prénom :  Sexe :

Né(e) le :  à :  Nationalité :

**Scolarité de l'année en cours :**

MEF :  Division :  Régime :  Entrée :

**Scolarité de l'année précédente**

MEF :  Étab :  Commune :  Sortie :

**Renseignements responsable 1**

Nom :  Prénom :   Responsable à contacter en priorité

☎ Portable :  ☎ Domicile :  ☎ Travail :

Code postal :  Adresse :

Pays :  Ville :

**Renseignements responsable 2**

Nom :  Prénom :   Responsable à contacter en priorité

☎ Portable :  ☎ Domicile :  ☎ Travail :

Code postal :  Adresse :

Pays :  Ville :

**Personne à contacter :** Nom :  Prénom :

☎ Portable :  ☎ Domicile :  ☎ Travail :

**Autres renseignements**

N° et adresse du centre de sécurité sociale

N° et adresse de l'assurance scolaire

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 ou, pour les élèves internes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur de l'établissement.

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 particulières à prendre...) :

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant

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

Le :  Signature :

Date d'entrée : .....

**1** Identité de l'élève :

- Nom : [ ]
- Prénom : [ ]
- Date de naissance : [ ] / [ ] / [ ]
- Classe : [ ]
- Apprenti (CFA / UFA) :  Oui  Non
- Jeune sous la responsabilité de l'aide sociale à l'enfance (ASE) :  
 Oui  Non

 Si oui, joindre la prise en charge ou jugement de placement

**2** REGIME

Externe (\*)

FORFAITS :

DP 4 Jours (\*) (sauf mercredi)

Demi Pensionnaire 5 Jours

Interne 4 Nuits

*(Réservé aux sections sportives et cas exceptionnels, accueil le dimanche soir sur demande écrite, auprès de la vie scolaire sous réserve de l'acceptation de la Direction)*

**3** Identité du responsable légal financier (PAYEUR) :  **RIB OBLIGATOIRE**

- Nom : [ ] Prénom : [ ]
- Date de naissance : [ ] / [ ] / [ ] Lieu de naissance : [ ]
- Adresse : [ ]
- Téléphone : [ ] Mail : [ ]

**OBLIGATOIRE La facture est envoyée par mail**

**4** Étude du droit à la bourse :  **RIB OBLIGATOIRE**

Enregistrez votre accord pour l'étude du droit à la bourse pour l'enfant que vous inscrivez. Pour cela **il faut remplir les informations ci-dessous** et cochez l'autorisation suivante (cette acceptation vaut pour votre concubin(e)) :

**J'accepte l'étude de mon droit à la bourse**

→ Identité du responsable boursier

- Nom : [ ]
- Prénom(s) : [ ]
- Adresse : [ ]
- Date de naissance :
- Commune de naissance :
- Pays de naissance :
- Téléphone : [ ]
- Mail : [ ]

**OBLIGATOIRE La facture est envoyée par mail**

Célibataire

Marié(e) / Pacsé(e)

- Nom : [ ]
- Prénom(s) : [ ]
- Adresse : [ ]
- Date de naissance :
- Commune de naissance :
- Pays de naissance :
- Téléphone : [ ]
- Mail : [ ]

**OBLIGATOIRE La facture est envoyée par mail**

Concubinage (Infos ci-dessus OBLIGATOIRES)

Je déclare avoir pris connaissance du fonctionnement du service restauration et hébergement,

Le [ ] , **2** Signature du Responsable financier :

**3** Signature du Responsable boursier

[Cliquer ici pour envoyer mes pièces justificatives \(RIB, PAP, ...\)](#)