



## Lycée Professionnel catholique St Joseph

145 avenue de la république -14800 DEAUVILLE  
02 31 98 20 19      secretariat@saintjodeauville.fr

Photo  
Récente

### DOSSIER D'INSCRIPTION 2019-2020

Dossier à remplir et à remettre lors du rendez-vous d'inscription. Pour prendre rendez-vous : 02 31 98 20 19

S'inscrit en classe de : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

#### Renseignements Elève :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél. Fixe des parents : \_\_\_\_\_

Tél. Portable du Père : \_\_\_\_\_ Tél. Portable de la Mère : \_\_\_\_\_  
(Merci d'indiquer le numéro de téléphone à contacter en priorité)

E-mail des Parents : \_\_\_\_\_

E-mail de l'élève : \_\_\_\_\_

Tél. Portable de l'élève : \_\_\_\_\_ Le .. / .. / .....

Régime demandé :                       Demi-Pensionnaire                       Externe

L'élève vit chez :     ses parents     son père     sa mère     autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Nombre de Frère(s) et Sœur (s) : \_\_\_\_\_ Ages : \_\_\_\_\_

Nombre de Frère(s) et Sœur (s) scolarisé(s) dans l'enseignement catholique : \_\_\_\_\_

## Cursus scolaire

Nom du dernier établissement fréquenté : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

L'élève a-t-il déjà redoublé ?  Non  Oui Si oui, quelle classe : \_\_\_\_\_

Un PAI , PAP ou PPRE a-t-il déjà été mis en place ?  Non  Oui

Diplôme(s) obtenu(s) : \_\_\_\_\_

## Santé

L'élève a-t-il un souci de santé particulier ?  Oui  Non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

A-t-il déjà eu un suivi orthophoniste ?  Oui  Non Si oui, quand ? \_\_\_\_\_

A-t-il déjà eu un suivi psychologique ?  Oui  Non Si oui, quand ? \_\_\_\_\_

A-t-il des allergies connues ?  Oui  Non Lesquelles ? \_\_\_\_\_

*Si l'élève a un traitement médical particulier à prendre, merci de le fournir à la vie scolaire assorti d'un certificat médical.*

**Autorisation d'hospitalisation** : En cas d'urgence et de nécessité, j'autorise le chef d'établissement ou son adjoint à faire hospitaliser l'élève et à prendre toutes les mesures nécessaires d'urgence que pourrait imposer la situation.

**SIGNATURE :**

Nom du médecin à joindre \_\_\_\_\_ Tél: \_\_\_\_\_

## Assurances

Je m'engage à souscrire une assurance scolaire (responsabilité civile) pour l'élève :

Par l'intermédiaire du lycée  à titre personnel - Nom de l'assurance : \_\_\_\_\_

Dans ce cas, fournir obligatoirement l'attestation à la rentrée, sinon l'assurance du lycée vous sera facturée.

## Droit à l'image

J'autorise l'établissement à publier les photos de l'élève sur les documents, dépliants, flyers et sur le site internet du lycée  Oui  Non

## Demi-pension

La demi-pension est facultative et est déterminée par les parents.

*Le régime n'est pas modifiable au cours d'un trimestre*

- *La tarification annuelle tient compte des absences dues aux stages ;*
- *En cas d'absence prolongée pour une maladie d'une durée supérieure à 5 jours consécutifs et dûment constatée par certificat médical, les sommes trop perçues au titre de la demi-pension seront remboursées ;*
- *En cas de non-paiement d'un mois dû à son terme, l'établissement se réserve le droit de ne pas réadmettre à la demi-pension l'enfant pour le trimestre suivant.*

L'élève a-t-il un des contre-indications alimentaires ?

---

J'autorise l'élève à quitter l'établissement après le repas, entre 13H10 et 13H35

Oui

Non

## Régime des sorties

J'autorise l'élève à quitter l'établissement si un professeur est absent sur la dernière heure de la journée **suivant l'accord de la vie scolaire**

Oui

Non

Pour les externes : J'autorise l'élève à quitter l'établissement si un professeur est absent sur la dernière heure de la matinée suivant **l'accord de la vie scolaire** (les demi-pensionnaires iront obligatoirement en étude)

Oui

Non

*Ces autorisations peuvent être annulées à tout moment sur demande des parents ou par décision de l'équipe pédagogique.*

## Autorisation de se rendre dans la zone fumeur sur les temps de pause

Oui

Non

*La cigarette étant prohibée au sein de l'établissement, l'élève ayant l'autorisation de sortir ne pourra se rendre que dans la zone fumeur, qui se situe en dehors de l'enceinte scolaire. Il ne sera alors plus sous la responsabilité de l'établissement.*

Signature des Parents :

Lu et approuvé :

## Renseignements Famille :

Nom et Prénom du représentant légal : \_\_\_\_\_

Nom et Prénom du représentant payeur si différent : \_\_\_\_\_

Situation familiale :  Mariés  Concubinage  Séparés  Divorcés

L'un des deux parents est-il décédé ?  Oui  Non Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Nom et prénom du Père : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de l'élève) : \_\_\_\_\_

E.mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

N° de téléphone du lieu de travail : \_\_\_\_\_ n° de poste \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la Mère : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de l'élève) : \_\_\_\_\_

E.mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

N° de téléphone du lieu de travail : \_\_\_\_\_ si n° de poste \_\_\_\_\_

### Catégories sociaux professionnelles

1 Agriculteurs

2 Artisans commerçants

3 Cadres, professions supérieures

4 cadres, Professions intermédiaires

5 Employés

6 Ouvriers

7 Inactifs chômeurs

	Numéro de la catégorie
Père	
Mère	

### Si l'élève réside en dehors du foyer familial :

Personne référente : \_\_\_\_\_

Adresse (si différente de l'élève) : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_