



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 2020-2021

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

Dossier de bourse demandé : ? 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

J'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 ?

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 : _____