



FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Classe prévue pour 2021/2022 Selon dossier de positionnement	⇒ PREM BAC PRO GALT Dossier à rendre avant le Contrat d'apprentissage <input type="checkbox"/>
---	---

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE

NOM : **Prénoms :** 1 2

Sexe : Masculin Féminin **Né (e) le :** **Age :**

A (Ville) : **Département ou Pays :**

Adresse de l'élève :

Ville : **Code Postal :**

Téléphone : **Téléphone Portable de l'élève :**

Adresse mail de l'élève :

Nationalité :

Fumeur : Oui Non

Qualité : Demi-pensionnaire Externe

Redoublant : Oui Non

Bourse : Oui non (joindre courrier de notification de droits 2021/2022)

Etes-vous en situation de handicap : oui non

Si oui, lequel :

Etablissement année précédente :
Nom et adresse.....

RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES

Nom et Prénom.....

Père **Autre Responsable** **Séparé**

Adresse :

Code Postal **Ville**..... **Mail :**

N° Tél. Domicile..... **N° Tél. Portable**.....

Profession..... **code profession** (voir liste jointe page 4).....

Nom de l'employeur

Adresse employeur

Code Postal:..... **Ville:**..... **N° Tél Professionnel**.....

Responsable Légal OUI NON **Responsable Payeur** OUI NON

Nom et Prénom.....

Mère **Autre Responsable** **Séparé**

Adresse :

Code Postal **Ville**..... **Mail :**

N° Tél. Domicile..... **N° Tél. Portable**.....

Profession..... **code profession** (voir liste jointe page 4).....

Nom de l'employeur

Adresse employeur

Code Postal:..... **Ville:**..... **N° Tél Professionnel**.....

Responsable Légal OUI NON **Responsable Payeur** OUI NON

COMPOSITION DE LA FAMILLE : tous les enfants, y compris les enfants mariés.

Nombre total d'enfants (y compris l'élève) :

Nombre d'enfants scolarisés (élève compris) :



DOSSIER MEDICAL

Dossier strictement confidentiel destiné à l'infirmerie de l'établissement. A remplir soigneusement dans l'intérêt de l'élève.

L'ÉLÈVE :

SECURITE SOCIALE de l'élève **OBLIGATOIRE** (ou du responsable légal) :

N° Sécurité Sociale :

EN CAS D'IMPOSSIBILITE A JOINDRE LE RESPONSABLE LEGAL, CONTACTER LA PERSONNE SUIVANTE :

Nom et Prénom : Degré de parenté :

Adresse :

N° de téléphone :

VACCINATIONS

Joindre une photocopie des certificats de vaccinations ou du carnet de santé.

Date BCG: Hépatite B: (voir certificat joint)

Date DT POLIO:

MEDECIN TRAITANT

Nom et Prénom : N° de téléphone :

DISPENSES DE SPORTS :

L'élève est-il dispensé de sport (joindre un certificat médical) OUI NON Partiel

L'élève est-il dispensé de piscine (joindre un certificat médical) OUI NON

Tous les médicaments devant être pris dans l'établissement doivent être obligatoirement déposés à l'infirmerie avec l'ordonnance ou son double. Dans le cas où l'élève est atteint d'une maladie chronique, les parents doivent déposer en début d'année une médication d'urgence à l'infirmerie, avec l'ordonnance.

TRAITEMENT MEDICAL PARTICULIER EN COURS :

.....
TRES IMPORTANT : Médicaments que l'élève ne supporte pas :

ALLERGIES :

ANTECEDENTS :

- Accidents, infections aiguës, intoxications, (précisez) :

- Maladie, chroniques (affections cardiaques, hémophilie, diabète, insuffisance rénale, épilepsie, spasmophilie, asthme, allergie, etc...) (précisez) :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE

Que vous souhaitez nous communiquer concernant sa santé ou son adaptation au Lycée (sous pli confidentiel adressé aux infirmiers).

AUTORISATION DE TRAITEMENT, DE TRANSPORT ET 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.

Notification MdpH : OUI (à fournir) NON

PAI – Projet d'Accueil Individualisé OUI NON

Motif : (facultatif) date :

PAP – Plan d'Accompagnement Personnalisé OUI NON

Date de la mise en place :



Nous déclarons que si l'état de notre enfant nécessite une consultation médicale d'urgence, nous autorisons les personnels de l'établissement à prévenir les services médicaux d'urgence qui eux seuls seront habilités à décider des soins médicaux à apporter.

Dans le cas où ces services médicaux le jugent utile, notre enfant sera acheminé dans la mesure du possible vers l'organisme de santé de notre choix :

- Centre Hospitalier de Troyes Clinique Montier la Celle
- Clinique de Champagne

Ne pouvant accueillir un enfant à l'infirmerie que sur un temps de courte durée, nous viendrons le chercher dès que possible.

Si nous ne pouvons effectuer ce déplacement ; nous nous engageons à supporter les frais de transport dus pour l'utilisation d'un « véhicule sanitaire léger ».

Cette obligation d'information des services de soins d'urgence étant faite nous reconnaissons expressément et en toute connaissance de cause que la responsabilité de l'établissement scolaire ne saurait être engagée.

Signature du père ou responsable légal

Signature de la mère ou responsable légal

[Signature area]

[Signature area]

VIE SCOLAIRE

Sorties

Autorisation de sortie lors d'une absence d'un professeur après accord de la direction et carnet de correspondance à jour.

Passeport vert Nous autorisons l'établissement à laisser sortir notre enfant en cas d'absence d'enseignant (noté dans le carnet de correspondance).

Passeport rouge Nous souhaitons que notre enfant reste en étude en cas d'absence d'enseignant. Il sera présent de sa première heure de cours jusqu'à la dernière. S'il est demi-pensionnaire, il ne sortira pas après les repas.

Déplacement SPORT

Sur le lieu de pratique du sport (Vouldy, Henri Terré, Stade de l'Aube, les Terrasses, Dutreix et autres), les élèves peuvent s'y rendre par leur propre moyen ou en groupe en bus à partir de l'établissement. Dans ce dernier cas le titre de transport est fourni par l'établissement et refacturé forfaitairement avec la scolarité (voir tarif).

Ira sur le lieu de sport :

- par ses propres moyens (titre transport ou véhicule personnel)
- avec le lycée et sera facturé forfaitairement

Droit à l'image

Au cours de l'année certaines activités pourront faire l'objet de reportages susceptibles d'être publiés.

Autorisation « droit à l'image » oui non

Droit d'ouverture ECOLE DIRECTE

Pour suivre votre enfant sur le site internet ECOLE DIRECTE, la création d'une session est nécessaire.

Autorise l'ouverture d'une session oui non

Les codes vous seront communiqués ultérieurement.

Inscription Lycée 4.0 : www.jeunest.fr

Extrait Règlement : <http://www.jeannemance.org/reglement.php>

Nous reconnaissons que l'inscription au Lycée Jeanne Mance vaut adhésion aux dispositions du règlement intérieur de l'établissement et engagement à le respecter.

L'INSCRIPTION SERA DEFINITIVE AU RETOUR COMPLET DU DOSSIER

Signature de l'élève

Signature des parents ou responsable légal

précédée de la mention « Lu et approuvé »

[Signature area]

Nos logiciels traitants vos données personnelles sont conformes au règlement général sur la protection des données (loi n°2018-493 du 20 juin 2018)



RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

NOM et Prénom de l'élève :

Nom et Prénom du Responsable Payeur :



**CHEQUE DE 85 €
CORRESPONDANT
au droit d'inscription
A AGRAFFER**

**RIB A
AGRAFFER**

Mode de paiement choisi :

- **Prélèvements**
(Sur 9 mois d'octobre à juin)
- **Totalité à réception de la facture**
- **Autres**

Signature du Responsable payeur :

✂

CODES PROFESSIONS

- | | |
|--|---|
| 11- agriculteurs sur petite exploitation | 56- personnels de services directs aux particuliers |
| 12- agriculteurs sur moyenne exploitation | 62- ouvriers qualifiés de type industriel |
| 13- Agriculteurs sur grande exploitation | 63- ouvriers qualifiés de type artisanal |
| 21- Artisans | 64- chauffeurs |
| 22- commerçants et assimilés | 65- ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport |
| 23- chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus | 67- ouvriers non qualifiés de type industriel |
| 31- professions libérales | 68- ouvriers non qualifiés de type artisanal |
| 33- cadres de la fonction publiques | 69- Ouvriers agricoles |
| 34- professeurs, professions scientifiques | 71- Anciens agriculteurs exploitants |
| 35- Professions de l'information, des arts et des spectacles | 72- anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise |
| 37- cadres administratifs et commerciaux d'entreprise | 74- anciens cadres |
| 38- ingénieurs et cadres techniques d'entreprise | 75- anciennes professions intermédiaires |
| 42- professeurs des écoles, instituteurs et assimilés | 77- anciens employés |
| 43- Professions intermédiaires de la santé et du travail social | 78- anciens ouvriers |
| 44- Clergé, religieux | 81- chômeurs n'ayant jamais travaillé |
| 45- professions intermédiaires administratives de la fonction publique | 83- militaires du contingent |
| 46- professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises | 84- élèves, étudiants |
| 47- techniciens | 85- personnes sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités) |
| 48- contremaitres, agent de maitrise | 86- personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités) |
| 52- Employés civils et agents de service de la fonction publique | 99- non renseignée (inconnue ou sans objet) |
| 53- Policiers et militaires | |
| 54- employés administratifs d'entreprise | |
| 55- employés de commerce | |



Certificat Médical d'Aptitude
Pour élève se destinant à une formation en LOGISTIQUE
AVEC PERMIS CARISTE

(prévention du risque en milieu professionnel)
vu l'Arrêté Ministériel, Ministère des Transports du 21 décembre 2005
section Groupe Lourd

A.....Le...../...../.....

Je soussigné (e),
Dr.....,
Docteur en Médecine, certifie avoir examiné ce jour

Mr,Mme.....
.....,
né(e) le...../...../..... , sexe:

et déclare avoir constaté l'aptitude physique de
M..... à suivre une formation à la conduite des
chariots élévateurs autotractés eu égard aux normes fixées par le texte législatif
défini en supra notamment :

- ✓ Pathologie cardio-vasculaire
- ✓ Altérations visuelles
- ✓ Oto-rhino-laryngologie
- ✓ Pratiques addictives – neurologie-psychiatrie
- ✓ Appareil locomoteur

En conséquence il, elle, est apte à participer à une formation scolaire comprenant des
stages en milieu professionnel avec conduite d'engins de manutentions nécessitant le
permis dit de type « CACES ».

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire
valoir ce que de droit.

cachet professionnel signature



Équipement individuel :

Le Conseil régional participe au financement de l'équipement individuel de formation de la spécialité dans laquelle vous êtes inscrit.

Cet équipement est attribué au lycéen entrant en CAP ou seconde et première Bac professionnel.

L'achat est effectué par le lycée selon une liste établie par spécialité.

Celui-ci vous appartiendra à l'issue de la formation engagée (deux ans en CAP, trois ans en Bac Professionnel).

Vous en êtes responsable, et l'entretien de cet équipement est à votre charge.

En cas d'interruption de scolarité, les équipements financés sont intégralement rendus au Lycée Jeanne Mance.

Nom et prénom de l'élève :

Classe :

Signature
de l'élève

Signature
des parents



MANDAT de Prélèvement SEPA



Nom et Prénom de l'élève :

Référence unique du mandat

En signant ce formulaire de mandat, vous **autorisez** le Lycée Jeanne Mance à envoyer des instructions à votre banque pour débits votre compte.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois.

Nom et Prénom du titulaire du compte à débiter :

Votre adresse :

Numéro et nom de la rue _____

Code postal et Ville _____

Coordonnées de votre compte : (joindre votre RIB)

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code international d'identification de votre banque – BIC : Mandat :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bénéficiaire :

Nom et Adresse LYCÉE JEANNE MANCE Rue du Paradis 10000 TROYES

IBAN FR76 1470 7001 0900 1211 9237 142

IDENTIFIANT ICS **FR 74 ZZZ 421 598**

Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif Paiement ponctuel

Fait à : _____ le : _____

Signature(s)

Note : vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

nombre de jours sélectionnés par semaine.

FICHE - HANDICAP



Personne concernée par le handicap :

Nom- Prénom _____

Classe : _____

Tél : _____ Portable : _____

E-mail _____



Handicap moteur

Handicap visuel

Handicap auditif

L'organisme peut-il adapter sa prestation selon le type de handicap ?			
Type de handicap	Oui	Non	Si non, quelle solution apporter :
Handicap moteur			
Handicap visuel			
Handicap auditif			

Organisme proposé	Handicap moteur	Handicap visuel	Handicap auditif



FRAIS DE SCOLARITE 2021/2022



Les frais de scolarité prennent en compte de façon forfaitaire :

- l'adhésion à l'assurance Mutuelle Saint Christophe
- un crédit de 125 copies délivré à la rentrée

Les activités complémentaires restent à la charge des familles, exemple : Brevet de secourisme, sorties pédagogiques...

Les tenues professionnelles seront financées par l'établissement.

Différentes aides vous sont proposées :

- Fonds social lycéen/collégien
- Fonds social restauration
- Aide aux transports (voir Conseil Général de votre département)



LES MODALITES DE PAIEMENTS :

FRAIS D'EXTERNAT

- ☒ **Droit d'inscription** ➤ **85 € versés à l'inscription**
- ☒ **Participation famille** ➤ **590 €**
- ☒ **Forfait 125 Photocopies** : ➤ **10 €**

La scolarité se règle par prélèvement soit 600 € sur 9 mois = **66,67 € (prix hors cantine)**

↳ Le paiement par mensualités, possible **uniquement** par prélèvements directs sur votre compte le 10 de chaque mois du mois d'Octobre au mois de Juin.

La non possibilité ou le refus de prélèvement font obligation de payer la totalité à l'inscription.

- ☒ Clôture de dossier en cours d'année (rupture de scolarité) : ➤ **80 €**
- ☒ Tarifs déplacement sur installations sportives de la ville : **2 options possibles** :
 - 1 - avec l'établissement (frais facturés forfait sur base tarif TCAT Aller/Retour **2,30 €**)
 - 2 - par leur propre moyen
- ☒ Réservation CASIER ➤ **10 € pour l'année scolaire**

FRAIS DE DEMI-PENSION

- * **PRIX D'UN REPAS** :
 - **6,70 € le repas de 1 à 3 repas / semaine**
 - **6.25 € le repas de 4 à 5 repas / semaine**

Le paiement de la demi-pension s'effectuera avec les frais de scolarité (même facture).

Possibilité de repas à l'unité avec inscription le jour même à la vie scolaire avant 10H.

Les modifications de régime de cantine s'effectuent uniquement par courrier avant les vacances de décembre et d'avril pour le trimestre suivant.

Les jours de prise de repas à la cantine pouvant être choisis, des forfaits seront calculés selon le nombre de jours sélectionnés par semaine.

ESTIMATION	BUDGET ESTIMATIF*	
	Minimum / mois	Maximum / mois
1 repas/ semaine	16€	20€
2 repas /semaine	30€	38€
3 repas/ semaine	40€	58€
4 repas / semaine	55€	69€
5 repas / semaine	63€	87€

*en fonction du nombre de semaine de stage

RAPPEL DES PIECES A FOURNIR A CE DOSSIER :

- **Copies bulletins trimestriels de l'année**
- **RIB**
- **Chèque de 85 €**
- **Copies certificats de vaccinations et certificat d'aptitude**
- **Copie du livret de famille**
- **Copie du jugement si parent séparés**