



## FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

Classe prévue pour 2017/2018

⇒ **TERM BAC PRO ASSP**

Dossier à rendre avant le .....

### RENSEIGNEMENT 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:** .....

**Nationalité :** .....

**Fumeur :** Oui  Non

**Qualité :** Demi-pensionnaire  Externe

**Redoublant :** Oui  Non  **Bourse :** Oui  non

**ORIGINE SCOLAIRE :** Etablissement fréquenté en classe de 6ème :

**ADRESSE :** ..... année scolaire .....

### RENSEIGNEMENTS RESPONSABLES

Nom et Prénom.....

**Père**  **Autre Responsable**  **Séparé**

Adresse : .....

Code Postal ..... Ville.....

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

Profession.....

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.....

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

Profession.....

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) :



Lycée Professionnel Privé JEANNE MANCE Rue du Paradis 10000 TROYES  
Tél. 03 25 83 11 22 Fax. 03 25 83 11 23 E-mail : lppjm@jeannemance.org

## DOSSIER MEDICAL

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

L'ÉLEVE : .....  
SECURITE SOCIALE de l'élève (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:

Date DT POLIO:

Date Hépatite B :

### 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'ÉLEVE

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.



**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 :

- |                          |                          |                           |                          |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| - Hôpital des Hauts Clos | <input type="checkbox"/> | Clinique Montier la Celle | <input type="checkbox"/> |
| - Clinique de Champagne  | <input type="checkbox"/> | Clinique des Ursulines    | <input type="checkbox"/> |

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 des parents ou responsable légal**

## 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) | <input type="checkbox"/> |
| - avec le lycée et sera facturé forfaitairement                  | <input type="checkbox"/> |

### Psychologue

A la demande de l'élève, il est possible que celui-ci rencontre un psychologue.

J'autorise (prénom) \_\_\_\_\_ à rencontrer le psychologue de l'établissement.

**Signature des parents ou responsable légal**

### 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 SCOLINFO

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

Autorise l'ouverture d'une session    oui                     non

Les codes vous seront communiqués ultérieurement.

**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

précédée de la mention « Lu et approuvé »

**Signature des parents ou responsable légal**



## **Certificat Médical d'Aptitude** **Pour élève se destinant à une formation en milieu sanitaire** **et social**

(prévention du risque biologique en milieu professionnel)  
vu le code du travail, art.L.3111-4

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

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

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

et déclare avoir constaté la validité des vaccinations incluses dans le calendrier vaccinal dont notamment : Tétanos, poliomyélite, diphtérie, coqueluche ainsi que la vaccination contre l'hépatite B.

*En conséquence il, elle, est apte à participer à une formation scolaire comprenant des stages obligatoires en milieux sanitaires tels que milieux hospitaliers, maisons de retraites, etc...*

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.  
( inscription aux examens en Accompagnement Soins et Services à la Personne).

cachet professionnel   signature



**Équipement individuel**

Année scolaire 2017-2018

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 première année de CAP ou seconde 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 la 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



## RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

nom de l'élève : .....

Nom et Prénom du Responsable Payeur : .....



Mode de paiement choisi :

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

Signature du Responsable payeur :







# Certificat Médical d'Aptitude Pour élève se destinant à une formation en milieu sanitaire et social

(prévention du risque biologique en milieu professionnel)  
vu le code du travail, art.L.3111-4

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

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

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

et déclare avoir constaté la validité des vaccinations incluses dans le calendrier vaccinal dont notamment : Tétanos, poliomyélite, diphtérie, coqueluche ainsi que la vaccination contre l'hépatite B.

*En conséquence il, elle, est apte à participer à une formation scolaire comprenant des stages obligatoires en milieux sanitaires tels que milieux hospitaliers, maisons de retraites, etc...*

Certificat établi à la demande de l'intéressé(e) et remis en main propre pour servir et faire valoir ce que de droit.  
( inscription au Brevet d'Etudes Professionnelles en Accompagnement Soins et Services à la Personne).

cachet professionnel signature





## **FRAIS DE SCOLARITE 2017/2018**

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** ➤ **564 €**
- ☒ **Forfait 125 Photocopies** : ➤ **10 €**

La scolarité se règle par prélèvement soit 574 € sur 9 mois = **63,77 € (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 **2,20 €**)
  - 2 - par leur propre moyen
- ☒ Réservation CASIER ➤ **10 € pour l'année scolaire**

#### **FRAIS DE DEMI-PENSION**

- \* **PRIX D'UN REPAS :**
  - **6,40 € le repas de 1 à 3 repas / semaine**
  - **5,90 € 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 NB de repas/ semaine	Facture estimative*	
	Minimum / mois	Maximum /mois
1 repas/ semaine	14€	20€
2 repas /semaine	30€	40€
3 repas/ semaine	47€	60€
4 repas / semaine	56€	82€
5 repas / semaine	70€	93€

\*en fonction du nombre de semaine de stage

#### **RAPPEL DES PIECES A FOURNIR A CE DOSSIER :**

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