



### FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

⇒ **BAC PRO MS** Métiers de la Sécurité Contrat d'apprentissage signé   
 Dossier à rendre avant le .....2<sup>nd</sup>e  1<sup>ère</sup>  **Term**  selon dossier de positionnement

#### 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 : .....  
 Qualité : Demi-pensionnaire  Externe  | Etablissement année précédente : .....  
 Redoublant : Oui  Non  | Nom et adresse .....  
 .....

Bourse : Oui  non  (joindre courrier de notification de droits de l'année à venir)

PRE-REQUIS : avoir effectué une classe de troisième  : année .....

Situation de handicap : oui  compléter la fiche Handicap Notification MDPH oui  (à fournir)

#### 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 8) .....  
 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 8) .....  
 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) :

#### Cadre réservé à l'administration

- Copies des bulletins de l'année
- Copie livret de famille
- Copie jugement si parents séparés
- Fiche dossier médical
- Certificat Médical
- Copies PAI, PAP, PPS, MDPH
- Fiche handicap
- Copies certificats de vaccinations
- Fiche équipement individuel
- Mandat Sepa + RIB
- chèque 85€
- Formulaire d'acceptation
- Casier Judiciaire (MS)



**En cas de contrat en alternance**  
**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENTREPRISE**

NOM : .....  
 Adresse : .....  
 Code Postal : ..... Ville : .....  
 Téléphone : .....  
 Nom du contact opérationnel : .....  
 Téléphone Portable..... Adresse mail : .....

**VIE SCOLAIRE**

**Aménagements :**

PPRE -Programme Personnalisé de Réussite Educative	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	} à fournir si concerné
PAI – Projet d’Accueil Individualisé	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
PAP – Plan d’Accompagnement Personnalisé	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
Date de la mise en place : .....			
PPS-Plan Particulier de Scolarisation	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	

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

**Dispositif Lycée 4.0** : Avez un ordinateur Région  oui  non ordinateur personnel  oui  non

**Règlement intérieur consultable sur ECOLE DIRECTE**

*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 du père ou responsable légal \_\_\_\_\_ Signature de la mère ou responsable légal \_\_\_\_\_

Précédée de la mention « Lu et Approuvé »





## DOSSIER MEDICAL

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

L'ELEVE : .....

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 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 devront faire l'objet d'un PAI et être obligatoirement déposés à la Vie Scolaire.**

**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'ELEVE

Que vous souhaitez nous communiquer concernant sa santé ou son adaptation au Lycée (sous pli confidentiel adressé à la Vie Scolaire).

### 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 :

- Centre Hospitalier de Troyes  Clinique Montier la Celle

- L'Hôpital Privé de l'Aube (Clinique de Champagne)

Si l'état de santé de mon enfant le nécessite, **je m'engage à venir le chercher le plus rapidement possible.**

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**



## CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné, Docteur.....

Certifie, après examen, que:

Mr, Mme, Melle .....

- a satisfait à un examen général clinique normal.
- présente un appareil locomoteur compatible avec l'exécution des actions citées ci-dessous.
- a une absence de trouble objectif et subjectif de l'équilibre.
- a une acuité auditive normale.
- a une acuité visuelle normale avec ou sans correction.
- une perception optimale de la totalité des couleurs.
- n'a pas d'antécédent asthmatique incompatible avec l'exécution des actions citées ci-dessous.
- n'a pas d'affection clinique évolutive connue à ce jour.

L'examen médical indique que cette personne doit pouvoir suivre ou réaliser les actions suivantes:

- Cours théoriques de plusieurs heures;
- Exercices pratiques d'extinction, par extincteurs portatifs, sur un feu réel,
- Manœuvrer les moyens d'extinction tels que les robinets d'incendie armés;
- Se déplacer dans les niveaux d'un bâtiment sans ascenseur;
- Effectuer des efforts physiques équivalents à une course de 400m environ;
- Monter sur une échelle;
- Effectuer les gestes de premiers secours à personnes;
- Evacuer d'urgence une victime potentielle;
- Percevoir les différentes couleurs des signaux des tableaux d'alarme;
- S'exprimer en public ainsi que par les moyens de communication filaires ou radio;
- Rédiger des comptes-rendus succincts.

### Observations :

En conséquence, les conditions d'aptitude physique de cette personne la rendent :

APTE

INAPTE

À l'accès à la formation bac pro métiers de la sécurité

Fait à..... le.....

SIGNATURE DU MÉDECIN ET CACHET



## **Équipement individuel**

Le Conseil régional prend en charge une partie du financement de l'équipement individuel de formation de la spécialité dans laquelle vous êtes inscrit (2 polos, 1 écusson, 1 pantalon, 1 paire de rangers, 1 sweat, 1 lot hiver tour de cou + gant). Le reste du trousseau sera à votre charge (environ 95€, 1 pantalon, 3 polos, 1 écusson)

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 appartient 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





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



## 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- contremaîtres, agent de maîtrise	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	

