



## FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

⇒ **DDO** Dispositif de Développement et d'Orientation

Dossier à rendre avant le .....

### 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 5) .....

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 5) .....

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

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





## 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**

.....



## 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	

