



FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION

⇒ **CS3AD** Certificat de spécialisation niveau 3 d'aide à Domicile Contrat d'apprentissage signé
Dossier à rendre avant le Formation initiale

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 : Justifier au minimum d'un CAP : année d'obtention.

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 7)

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 7)

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)
 Enveloppe rémunération stage



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
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"/>	
Notification MDPH avec Gevasco			
PAI – Projet d’Accueil Individualisé	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

Psychologue

A la demande du stagiaire, il est possible que celui-ci rencontre un psychologue.

J’autorise (prénom) _____ à rencontrer le psychologue de l’établissement.

Signature du représentant légal _____

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)

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 dès 16 ans** (ou du responsable légal si moins de 16 ans) :
N° Sécurité Sociale :

PERSONNE A CONTACTER :

Responsable légal :

Nom et Prénom : Degré de parenté :

N° de téléphone :

En cas d'impossibilité :

Nom et Prénom : Degré de parenté :

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

Seuls les médicaments faisant l'objet d'un PAI sont autorisés et devront 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) :

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

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 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 tels que , EHPAD, hors les murs, services d'aide et de maintien à domicile, résidences familiales ou autonomies...

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 et signature



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 :

ACOMPTE INSCRIPTION de

85€

- par chèque à l'ordre de LPP Jeanne Mance
- en espèces

**RIB A
AGRAFFER**

A AGRAFFER

Mode de règlement 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 | |

