Lycée Paul CORNU Lisieux

FICHE D'INSCRIPTION EN B.T.S.
RENTREE 2025-2026

Première Année ☐ **Deuxième Année** ☐

Spécialité :

.....

1 photo

Nom | Sexe | LV1 : Anglais

Prénoms | Date de naissance

Lieu et dépt de naissance | Nationalité | N° I.N.E.

Externe ☐ Demi-pensionnaire ☐

Demande d'internat : oui - non
Place non garantie – les demandes seront étudiées en juillet

LIEU OU VIT L'ELEVE : Père et mère ☐ Père ☐ Mère ☐

Père	Mère
Nom et Prénom du Père	Nom et Prénom de la Mère
Date et lieu de naissance	Date et lieu de naissance
Adresse	Adresse
Code Postal	Code Postal
Ville	Ville
Tél. domicile	Tél. domicile
Tél . travail	Tél. travail
Portable	Portable
Courriel	Courriel
Profession	Profession
Employeur	Employeur
En activité ☐	En activité ☐
Au chômage ☐	Au chômage ☐
Retraité ☐	Retraité ☐
Autre situation ☐	Autre situation ☐

Classe fréquentée en 2024-2025	

Nom de l'établissement d'Origine	

Code Postal		Ville	

Académie	

Privé		Public	

Nombre total d'enfants à charge	

Nom et prénom des enfants à charge	Date de naissance	Établissement scolaire et classe fréquentée en septembre 2024

Elève majeur	OUI	NON

Adresse si différente de celle des parents	

Portable de l'élève :		Mail :	

Autorisez-vous la communication de vos coordonnées aux associations de parents d'élèves	OUI	NON
Autorisez-vous la communication de vos coordonnées aux entreprises	OUI	NON

Signature de l'étudiant

Signature des Parents

FICHE D'URGENCE

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à compléter par les familles à chaque début d'année scolaire.

Année Scolaire 2025-2026

Identité de l'élève

Nom				Sexe			
Prénom		Numéro Sécurité Sociale (+16ans)					
Né(e) le		à		Dept		Nationalité	

Scolarité

Spécialité				Classe			
Régime	Externe		Demi-Pensionnaire		Interne		Date entrée

Informations complémentaires

Allergies / Intolérances alimentaires — Non ☐ Oui ☐

Si oui, laquelle ?

Autres allergies — Non ☐ Oui ☐

Si oui, lesquelles ?

Traitement médical ☐ — Non ☐ Oui ☐

Si oui, lequel ?

Projet d'Accueil Individualisé / Plan d'Accompagnement Personnalisé

Votre enfant bénéficiait-il l'an dernier

d'un PAI — Non ☐ Oui ☐

Si oui, veuillez le joindre sous pli cacheté à l'intention de l'infirmière de l'établissement, avec l'ordonnance récente et le protocole d'urgence établi par le médecin ou le spécialiste.

d'un PAP — Non ☐ Oui ☐

Si oui, veuillez le joindre sous pli cacheté à l'intention de l'infirmière de l'établissement.

VACCINS *(JOINDRE OBLIGATOIREMENT PHOTOCOPIES DU CARNET DE VACCINATION)*

Date du dernier vaccin antitétanique

Rougeole : votre enfant a-t-il eu les deux injections du vaccin (ROUVAX ou ROR ou PRIORIX) ?

Non ☐ Oui ☐ Date du vaccin

Médecin traitant

Nom		Ville		Téléphone	

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins, suivant les n° de téléphone communiqués. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille sauf entente directe de la famille avec une compagnie de taxi. Les élèves âgés de plus de 16 ans doivent être en possession de leur carte vitale. L'élève ayant un traitement prescrit par un médecin ou un spécialiste devra obligatoirement fournir une copie de l'ordonnance et déposer ses médicaments à l'infirmerie.**

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin scolaire ou de l'infirmière de l'établissement, vous pouvez également contacter directement l'infirmière du lycée tout au long de l'année si besoin.

Confidentiel

Renseignements médicaux confidentiels destinés au médecin de l'Education Nationale

* Votre enfant a-t-il présenté des troubles de la santé ?
  - ☐ Non
  - ☐ Oui, lesquels ? à quel âge ? Quelles prises en charge ?

* Votre enfant a-t-il présenté des malaises ?
  - ☐ Non
  - ☐ Oui, lesquels ?

* Votre enfant a-t-il eu un ou des accident(s) ?
  - ☐ Non
  - ☐ Oui : quel type d'accident(s) ? À quelle date ? Présente-t-il des séquelles ?

* Votre enfant présente-t-il actuellement des troubles de la santé ?
  - ☐ Non
  - ☐ Oui, lesquels ?

* Votre enfant suit-il un ou des traitement(s) (médicaments, rééducations,) ?
  - ☐ Non
  - ☐ Oui, le(s)quel(s)

* **Vaccinations diphtérie, tétanos, polio (DTPolio) - Apporter les attestations ou le carnet de santé.**

* Votre enfant a-t-il rencontré des problèmes médicaux depuis le début de l'année scolaire 2018-2019 ?

* Autres informations complémentaires :

Date et signature du ou des détenteur(s) de l'autorité parentale :

☐ Père (nom prénom) : ☐ Mère (nom prénom) :

à le à le

☐ autre - préciser :…….(nom prénom) :

à le

FICHE INTENDANCE
Année 2025 - 2026

Identité de l'élève

Nom | Prénom | Classe

Né(e) le | à

Portable élève | Courriel élève

Responsable

Nom et Prénom

Lien de parenté | Responsable financier | Oui | Non

Date et lieu de naissance

Adresse | Tél. domicile | Tél. portable | Tél. travail

Code Postal | Commune

Courriel

Profession | Employeur

En activité | Retraité | Recherche d'emploi | Autre situation

Responsable

Nom et Prénom

Lien de parenté | Responsable financier | Oui | Non

Date et lieu de naissance

Adresse | Tél. domicile | Tél. portable | Tél. travail

Code Postal | Commune

Courriel

Profession | Employeur

En activité | Retraité | Recherche d'emploi | Autre situation

Situation maritale

Marié(e)s | Séparé(e)s | Divorcé(e)s | Vie maritale | Pacsé(e)s | Veuf(ve)

Lieu où vit l'élève

Composition de la famille

Nom et prénom	Date de naissance	Etablissement scolaire fréquenté En septembre 2024	Régime DP ou Interne

Agrafez le RIB ici (si dossier papier) ou joindre un scan à votre envoi électronique
(Le RIB vous est demandé pour régler des indemnités de stage ou des bourses ou trop-perçus)

Date et signatures des responsables