

# DOSSIER de REINSCRIPTION

Photo à coller

EN CLASSE DE :

\_\_\_\_\_

EXTERNE

DEMI PENSIONNAIRE

INTERNE

## IDENTIFICATION DE L'ELEVE

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Autres prénoms (dans l'ordre de l'état civil) \_\_\_\_\_

Sexe : M / F Nationalité \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/à \_\_\_\_\_ (Arrondissement) \_\_\_\_\_ Département \_\_\_\_\_

N° Tel Portable \_\_\_\_\_ Mail : \_\_\_\_\_

## FICHE PARENTS

RESPONSABLE LEGAL : Père – Mère – Tuteur – Autre (rayer les mentions inutiles)

Situation Familiale des Parents :

Mariés     Veuf (ve)     Divorcés     Célibataires     Concubins/PACSés

### ADRESSE PARENTS

Père Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_

Tél. portable \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_ Employeur \_\_\_\_\_ Tél. travail \_\_\_\_\_

Mère Nom Usuel \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

(Si différente du père) \_\_\_\_\_ Tél. \_\_\_\_\_

Tél. portable \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_ Employeur \_\_\_\_\_ Tél. travail \_\_\_\_\_

Adresse mail d'un des parents (obligatoire) : -----

→ En cas de séparation, l'élève réside habituellement chez sa mère – son père (rayer la mention inutile) ou autre à préciser \_\_\_\_\_

→ Autorité parentale conjointe : OUI  NON   
(parents divorcés ou séparés)

→ Envoi des courriers administratifs à : la mère  au père

→ Transports utilisés par l'élève de son domicile au lycée :

Voiture  Train  Bus

### CLASSE DEMANDEE

CLASSE : \_\_\_\_\_

Redoublant : OUI / NON

LV1 : \_\_\_\_\_

LV2 : \_\_\_\_\_

OPTIONS :

FOOTBALL

EQUITATION : Loisirs  Section Sportive

Module de sensibilisation «Ostéopathie équine»

DANSE

### BOURSE

Bénéficiez-vous d'une bourse en 2020-2021 : OUI / NON

Désirez-vous faire une demande : OUI / NON  
(Le dossier de bourse est à télécharger sur le site du lycée)

### Aménagements Adaptés

Avez-vous bénéficié en 2020-2021 d'Aménagements Adaptés (Problème de Santé – Trouble des Apprentissages Dys – Aménagement d'épreuves – AVS) : OUI / NON

Désirez-vous faire une demande : OUI / NON  
(Ne peut être fait en classe de terminale)

**LISTE DES PIECES A joindre obligatoirement à ce dossier**

**Obligatoire pour l'inscription aux examens :**

- Copie recto-verso de la pièce d'identité en cours de validité
- Copie documents relatifs à la situation au regard des obligations militaires – Attestation de recensement ou certificat de participation à la journée d'appel (JADP) pour les élèves dès 16 ans.

**SI changement de situation familiale**

- photocopie du livret de famille complet
- photocopie extrait du jugement de divorce ou séparation qui établit l'autorité parentale
  
- la fiche service médical (*ci-jointe*),
- 1 certificat médical d'aptitude à vivre en collectivité et d'aptitude à la pratique de l'éducation physique et sportive (*ci-jointe*)
- la décharge de transport (*ci-jointe*),
- l'autorisation au Droit à l'image (*ci-jointe*),
- 5 timbres autocollants (*au tarif en vigueur*),
- enveloppes timbrées portant l'adresse des parents :
  - 1 de format 32,5 x 23 cm (format A4) timbrée à 3,88

**Frais d'Inscription :**

- acompte de 200 €

Cette somme sera déduite des frais de scolarité à la fin de l'année scolaire

*Ces montants restent acquis à l'établissement en cas de désistement et/ou de départ anticipé*

*Paiement reçu le :*

**Tout dossier non accompagné du chèque de 200 € ne sera pas pris en compte**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature des parents :

# IMPORTANT

- **DOSSIER A RENDRE POUR LE 25 JUIN**
- **L'élève est définitivement inscrit au reçu du dossier complet, du règlement de l'acompte et de l'accord du conseil de classe.**
- **Lorsque nous serons en possession du dossier complet, vous recevrez un avis d'inscription définitive.**

Compte tenu d'un effectif que nous ne pourrons dépasser, l'inscription doit être confirmée au plus tôt 15 jours après le conseil de classe, aucune ré-inscription n'est systématique

**Les renseignements pratiques concernant la rentrée et les fournitures seront à télécharger sur notre site au mois de Juillet**

Les informations recueillies par le LEAP FONTLONGUE font l'objet d'un traitement informatique destiné à assurer la gestion administrative et pédagogique des élèves, à établir des statistiques par le Ministère. Les maires des communes de résidence des élèves, les conseillers d'information et d'orientation, les agents habilités des collectivités locales organismes de sécurité sociale, les caisses d'allocations familiales, la direction Diocésaine sont également destinataires d'informations nécessaires à l'accomplissement de leurs missions. Conformément à la loi « Informatique et Libertés », vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernant. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Chef d'établissement.

**SERVICE MEDICAL**  
IMPORTANT – A remplir obligatoirement

M. - Mme \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. Travail : \_\_\_\_\_

Tél. portable : \_\_\_\_\_ Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Parents, Tuteur Légal, Responsable (1)

de l'Elève \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

**En cas d'impossibilité à joindre la personne ci-dessus Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible d'être prévenue :**

M. - Mme \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. Travail : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

Il est rappelé aux familles :

En cas d'urgence, un élève est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (pompiers, Samu) vers l'hôpital. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

\* Médecin traitant \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

\* **En cas d'urgence**, j'autorise la Directrice à prendre toutes dispositions nécessaires : OUI - NON (1)  
y compris l'hospitalisation

\* **Sinon restrictions éventuelles :**

LU et APPROUVE, DONNE SON ACCORD

Date et Signature

Observations particulières que vous jugerez utiles à la connaissance:

- Maladies :

- Allergies :

- Contre indication :

## DECHARGE DE TRANSPORT

Je soussigné (e) :

Madame, Monsieur (1) \_\_\_\_\_

Responsable de l'Elève \_\_\_\_\_

en classe de \_\_\_\_\_

autorise Monsieur le Directeur du LEAP Fontlongue à faire transporter

mon fils (1)

ma fille (1)

dans le moyen de transport mis en place par le LEAP Fontlongue en cas de déplacements ponctuels, sorties pédagogiques, voyages d'études....., durant toute l'année scolaire 2020-2021

Le \_\_\_\_\_

Signature

**ATTESTATION**  
**DROIT A L'IMAGE ET AU SON**  
Valable pour une durée de 10 ans

Dans le cadre du droit à l'image (photo, vidéo, doc sonore,) veuillez remplir l'autorisation suivante :

Pour l'élève Mineur

M. ou Mme \_\_\_\_\_ Parent de l'élève \_\_\_\_\_  
Classe de \_\_\_\_\_

Autorise le LEAP FONTLONGUE à utiliser des photographies, vidéos et documents sonores sur lesquelles il(elle) est présent(e) pour la réalisation de plaquettes, site Internet ou tout autre document à caractère publicitaire. Et m'engage à ne percevoir aucune indemnité, ou en demander, pour leur utilisation sur lesquelles il(elle) est présent(e).

N'autorise pas le LEAP FONTLONGUE à utiliser des photographies, vidéo et documents sonores sur lesquelles il(elle) est présent(e) pour la réalisation de plaquettes, site Internet ou tout autre document à caractère publicitaire.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal

Pour l'Elève Majeur

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_

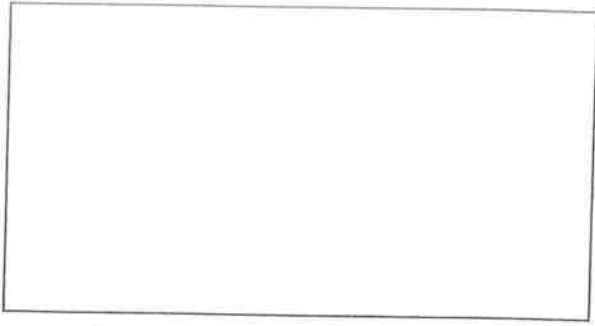
Autorise le LEAP FONTLONGUE à utiliser des photographies, vidéo et documents sonores sur lesquelles je suis présent(e) pour la réalisation de plaquettes, site Internet ou tout autre document à caractère publicitaire. Et m'engage à ne percevoir aucune indemnité, ou en demander, pour leur utilisation sur lesquelles je suis présent(e).

N'autorise pas le LEAP FONTLONGUE à utiliser des photographies, vidéo et documents sonores sur lesquelles je suis présent(e) pour la réalisation de plaquettes, site Internet ou tout autre document à caractère publicitaire.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature de l'élève Majeur





(Cachet du Praticien)

## CERTIFICAT DE VISITE MEDICALE

Je soussigné Dr.....certifie avoir examiné ce jour,  
M....., né(e) le .....et atteste qu'il(elle) est

- Apte à la vie en collectivité
- Apte à la pratique de toutes activités physiques et sportives
- Apte à la pratique des seules activités physiques et sportives suivantes :

.....  
.....  
.....  
.....

- Inapte à toutes pratiques physiques et sportives et ce pour une durée de

.....

Atteste également qu'il(elle) peut utiliser dans le cadre de sa scolarité, lors des stages et travaux pratiques dirigés des machines dites « Dangereuses » sous la surveillance d'un adulte et dans le respect de la réglementation d'utilisation des dites machines.

- Pas de contre indication médical
- Sous réserve suivante :

Fait à

le

Signature :