

INFORMATIONS sur l'Etudiant :

Interne Demi-pensionnaire Externe

Nom : Prénoms : (*Tous les prénoms de l'état civil*)

Né(e) le : ... / ... / à Département :

Adresse :
.....

Tél portable (*obligatoire*) : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ E-mail : _____ @ _____ (*obligatoire*)

INFORMATIONS de la famille :

Responsable légal 1 Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>	Responsable légal 2 Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur <input type="checkbox"/>
NOM : _____	NOM : _____
Prénom : _____	Prénom : _____
Conformément à la loi du 6 janvier 1993 et aux directives du B.O.E.N. N° 38 du 28 Octobre 1999, les deux parents peuvent obtenir communication des résultats scolaires de l'enfant ou de tout autre document relatif à sa scolarité (même dans le cas où l'un des parents exerce seul l'autorité parentale) La mention des deux adresses est obligatoire.	
Adresse : _____ _____	Adresse : _____ _____
Code Postal : / ____ / ____ / ____ / ____	Code Postal : / ____ / ____ / ____ / ____
Commune : _____	Commune : _____
Tél domicile : / ____ / ____ / ____ / ____	Tél domicile : / ____ / ____ / ____ / ____
Tél portable (<i>obligatoire</i>) : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____	Tél portable (<i>obligatoire</i>) : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
E-mail : _____ @ _____	E-mail : _____ @ _____
Profession : _____	Profession : _____
Tél travail : / ____ / ____ / ____ / ____	Tél travail : / ____ / ____ / ____ / ____

Situation des parents : Mariés Divorcés Séparés Vie Maritale Veuf/veuve

L'étudiant est domicilié à l'adresse : du PERE de la MERE PERE et MERE autre (à préciser)

SIGNATURE Du Responsable légal 1 Obligatoire Précédé de la mention « Lu et approuvé » Date : _____	SIGNATURE Du Responsable légal 2 Obligatoire Précédé de la mention « Lu et approuvé » Date : _____	SIGNATURE DE L'ETUDIANT Obligatoire Précédé de la mention « Lu et approuvé » Date : _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

*Ou du représentant légal. En présence d'une seule signature, le signataire reconnaît être le seul responsable légal de l'étudiant

➤ **PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER**

- * 1 photo d'identité
 - * 1 photocopie du livret de famille
 - * 1 photocopie de la Carte d'identité
 - * Photocopie du carnet de Santé (Vaccinations)
- * Dès que vous recevrez les résultats du Bac, vous nous enverrez une photocopie du relevé des notes, ainsi que la photocopie du diplôme dès que vous l'aurez en votre possession.
- * photocopie document relatif à la situation au regard des obligations militaires JAPD (pour les jeunes âgés de 16 à 25 ans)

➤ **ETUDES SUIVIES L'ANNEE PRECEDENTE**

<i>CLASSE</i>	<i>OPTION</i>	<i>ETABLISSEMENT</i>
		Nom : Adresse : RNE :

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION DU LYCEE

Dossier Reçu le :



INFORMATIONS SANTE BTSA

Année scolaire 2026 / 2027



Concernant l'étudiant : NOM – Prénom :

Père, Mère, tuteur légal, [rayer la, les mention(s) inutile(s)]

Je soussigné(e) (Nom et prénom)

demeurant à :

N° Tél :

N° d'Immatriculation à la Sécurité Sociale de l'étudiant : [__][__][__][__][__][__][__]

AUTORISE L'ADMINISTRATION DE L'ÉTABLISSEMENT À PRENDRE, LE CAS ÉCHÉANT, TOUTES MESURES UTILES POUR UNE INTERVENTION CHIRURGICALE D'URGENCE OU POUR UNE HOSPITALISATION.

Je souhaiterais toutefois, dans la mesure du possible, que mon enfant soit admis à l'hôpital ou à la clinique :
(adresse)

O U

Je laisse l'administration de l'établissement libre de choisir le chirurgien ou l'hôpital

Nom du médecin de famille : N° Tél :

IMPORTANT : si vous n'avez pas personnellement le téléphone, à quels numéros peut-on vous joindre ? (TRAVAIL OU AUTRE)

Nom de la personne : N ° Tél :

Remarques qui pourraient être utiles au médecin des urgences

- Allergie à l'aspirine : OUI NON
- Autres(s) **allergie(s)** connue(s)
- Antécédent(s) de santé
.....
- Traitement(s) de longue durée en cours :
.....
- Groupe sanguin (si connu): A B O AB Rhésus : + -

Joindre à ce document la photocopie des vaccinations du carnet de santé

A , le

Signature des parents