



## DOSSIER D'INSCRIPTION Mémento voie professionnelle

Dossier entier à imprimer en RECTO seulement.

<u>À compléter</u>	<u>À joindre</u>
1 - Fiche de renseignements 1/2 et 2/2	+ Photocopie Carte d'identité + EXEAT (certificat de fin de scolarité)
2 - Mandat de prélèvement SEPA	+ RIB
3 - Fiche Vie Scolaire	
4 - Fiche d'Urgence	+ Photocopie Carte Vitale / Attestation Carte Vitale
5 - Fiche de renseignements médicaux	+ Photocopie des vaccinations + PAI
6 - <b>2nde AERO et REMI uniquement</b> Fiche EPI (équipements de protection individuelle)	
7 - Fiche Maison des Lycéens - <i>facultatif</i>	+ chèque de 15€ à l'ordre de la MDL
8 - Fiche Association Sportive - <i>facultatif</i>	<b>Le chèque de 15 ou 23 € à l'ordre de L'A.S. du lycée Jean Taris ne sera à remettre au professeur d'EPS qu'à la rentrée</b>
9 - Le cas échéant PAP/PPS	+ bilans médicaux

Partie à compléter par la vie scolaire

TAMPON

Accusé réception du dossier

NOM : .....Prénom.....

Dossier vérifié par : ..... Signature

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS 1/1

### ELEVE :

Nom : ..... Prénom(s) : .....

Né(é) le : ..... à .....

Sexe (M ou F) : ..... Nationalité : ..... Pays de naissance : .....

Tél. de l'élève : ..... Mail de l'élève : .....

### RESPONSABLE 1 - FINANCIER (PAIE LES FRAIS SCOLAIRES) :

Nom : ..... Prénom : .....

Lien de parenté .....

Adresse : .....

Code Postal ..... Commune ..... Pays : .....

Tél. domicile : ..... Travail ..... Mobile: .....

Email : ..... Profession : .....

### RESPONSABLE LEGAL 2 :

Nom : ..... Prénom ..... .....

Lien de parenté : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune ..... Pays .....

Tél domicile ..... Travail..... Mobile :

Email : ..... Profession : .....

### AUTRE PERSONNE A PREVENIR EN CAS D'URGENCE :

Nom : ..... Prénom ..... .....

Lien de parenté ..... Tél domicile ..... Mobile .....

Date et signature du représentant légal,



**FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2/2**  
**- Voie professionnelle -**

**Nom :** ..... **Prénom :** .....

**Classe :** ..... **Spécialité demandée :** .....

**Mon enfant bénéficie :**

- d'un PAP
- d'un PAI
- d'un PPS / GEVASCO

Joindre la copie des documents

**Régime :**     DP 4 Jours (mercredi non inclus)     DP 5 Jours     Externe  
 INTERNE     INTERNE EXTERNE

**Langue Vivante 1 :**     ANGLAIS     ESPAGNOL

**Langue Vivante 2 :**     ANGLAIS     ESPAGNOL

Signature de l'élève :

**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA**

Référence unique du mandat :

Type de contrat : Créance Demi-Pension/Internat/Autres.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez LP JEAN TARIS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LP JEAN TARIS.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :  
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 71 ESD 854F22

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE :

## DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

## DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : LP JEAN TARIS

Adresse : 365 AVENUE JEAN DUPAYA.

BP 15

Code postal : 40300

Ville : PEYREHORADE

Pays : FRANCE

## DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Paiement ponctuel 

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE** de votre compte courant (au format IBAN BIC)**Rappel :**

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par LP JEAN TARIS. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec LP JEAN TARIS.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.



## FICHE VIE SCOLAIRE

NOM : ..... PRENOM : .....

CLASSE : ..... Régime : .....

### AUTORISATION DE SORTIE

#### **3<sup>ème</sup> Prépa-métiers**

- Mon enfant entrera dans l'établissement **dès sa 1<sup>ère</sup> heure de cours** de la journée et à en sortira dès sa **dernière heure de cours** de la journée s'il est demi-pensionnaire ou de la demi-journée s'il est externe.
- Mon enfant entrera dans l'établissement **dès 8h30** et n'en sortira qu'à sa fermeture **à 18h**.

#### **Secondes / Premières et Terminales :**

- J'autorise / je n'autorise pas (rayer la mention inutile) mon enfant à sortir librement de l'établissement lorsqu'il bénéficie d'un moment sans cours<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> L'établissement se réserve le droit de supprimer l'autorisation de sortie si les conditions de sont pas respectées. De plus, en cas de repas non pris au self, le forfait n'est pas modifié.

Signature

---

### MOYEN DE TRANSPORT

Mon enfant arrivera au lycée grâce à ses **propres moyens/en bus/en train** (rayer les mentions inutiles).

Provenance du bus/train : .....

Destination lors du retour (si différente) : .....

Signature

---

### BORDEREAU D'ACCEPTATION

Je soussigné(e) ..... certifie que mon enfant  
..... et moi-même avons pris connaissance 1- du règlement intérieur de  
l'établissement ainsi que de ses annexes concernant 2-l'internat, 3- le service de restauration, 4- la charte  
informatique ainsi que 5-l'information sur la protection des mineurs en milieu professionnel.

Signature

## FICHE D'URGENCE

NOM ..... Prénom .....

Date de naissance : ..... Classe .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....

Centre de sécurité sociale .....

### Numéro de Sécurité Sociale de l'élève :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. N° du téléphone du domicile : .....
2. N° du travail du père : ..... Poste : .....
3. N° du travail de la mère : ..... Poste : .....
4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : .....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un(e) élève mineur(e) ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné(e) de sa famille.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

> Nom et adresse du médecin traitant :

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) : **Joindre les ordonnances correspondantes**

J'Autorise – nous autorisons, le responsable de l'établissement à prendre toutes les dispositions nécessaires en cas d'accident ou de maladie (hospitalisation d'urgence, médecin, rapatriement).

DATE ET SIGNATURE :

Document non confidentiel à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

*Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.*

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

NOM : ..... PRENOM.....:

TEL : ..... MOBILE : .....

Maladie dont souffre votre enfant : .....

Traitement : .....

Médecin prescripteur : .....

Observations particulières : .....

.....

Votre enfant a-t-il

- un PAI OUI - NON
- est atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicaments durant le temps scolaire.
- est atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicaments durant le temps scolaire (si oui joindre l'ordonnance) OUI NON
- est susceptible de prendre un traitement d'urgence OUI NON
- est atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire. OUI NON

En fonction des renseignements que vous nous aurez transmis, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un projet d'accueil individualisé, conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période. Cette fiche n'est pas obligatoire ; il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance,

Le(s) représentant(s) légal(aux)

Date : .....

Signature :

MINISTERE DE  
L'EDUCATION NATIONALE

SERVICE DE PROMOTION DE LA SANTE  
EN FAVEUR DES ELEVES

Date de la demande : .....

**DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL**  
(document à joindre au dossier d'inscription)  
**(à compléter par les parents)**

Nom de l'élève : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

<u>Etablissement où est inscrit(e) l'élève :</u>	
Nom : LYCEE POLYVALENT JEAN TARIS	
Adresse : 365, avenue Jean DUNAVA	
Commune : PEYREHORADE	
Département : 40	Pays : France
Classe : .....	

<u>Etablissement d'où vient l'élève :</u>	
Nom :	
Adresse :	
Commune :	
Département :	Pays :
Classe : .....	

**A compléter par le Service Médical**

**Dossier à envoyer à l'adresse ci-dessous :**

Date de la réponse :

En retour : Dossier  complet  incomplet  non retrouvé  
Elève non inscrit(e) en ..... à l'école indiquée

Autres raisons de non-envoi : .....

Drs ALESSANDRIN - VAQUETTÉ  
CENTRE MEDICO SCOLAIRE  
1 rue des Vergnes  
40100 - DAX  
Tél : 05 58 90 11 20  
Fax : 05 58 90 06 73  
email: cmedax@ac-bordeaux.fr

## EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE

NOM :

Prénom :

Spécialité AERONAUTIQUE - REMI

DES TAILLES : Pantalon azur cotonpoly **922794**

Tour de taille en cm (A)	68 à 76	76 à 84	84 à 92	92 à 100	100 à 108	108 à 112	116 à 124
Tailles à commander	0	1	2	3	4	5	6
	36/38	40/42	44/46	48/50	52/54	56/58	60/62

**Prendre les mesures en cm en tenant le mètre ruban**  
**A= tour de taille**  
**En cas d'hésitation, prendre la taille supérieure**



GUIDE DES TAILLES : Polo 100 % coton **924787**

Tour de poitrine en cm (A)	89 à 94	95 à 102	103 à 109	110 à 117	118 à 125	127 à 132
Taille à commander	S	M	L	XL	XLL	XLLL



GUIDE DES TAILLES : Blouson azur cotonpoly **926196**

Tour de poitrine en cm (A)	76 à 84	84 à 92	92 à 100	100 à 108	108 à 116	116 à 124	124 à 132
Taille à commander	0	1	2	3L	4	5	6

**Prendre les mesures en cm en tenant le mètre ruban**  
**A= tour de taille**  
**En cas d'hésitation, prendre la taille supérieure**

GUIDE DES TAILLES : Chaussures de sécurité basse cuir

Pointure :

**37 38 39 40 41 42 43 44 45**



**Bulletin d'adhésion à la MAISON DES LYCEENS 202...../202.....**

Je soussigné (e) Madame – Monsieur : .....

Responsable de l'élève.....Classe .....

confirme avoir pris connaissance de l'information concernant la MDL (Association « Maison Des Lycéens) et désire que mon enfant en devienne membre. J'agrafe à ce coupon un chèque de 15 € à l'ordre de la Maison des Lycéens.

Fait à ..... le .....

Signature :

6

**Bulletin d'adhésion à l'ASSOCIATION SPORTIVE 202 /202**

Je soussigné (e) Madame – Monsieur : .....

Responsable de l'élève.....Classe .....

Classe : ..... né(e) le : .....

Externe  Demi-pensionnaire  Interne

à participer aux activités de l'Association Sportive du Lycée Jean Taris à Peyrehorade.

Autorise le professeur responsable ou l'accompagnateur à prendre les mesures nécessaires en cas d'accident.  
N° de téléphone parental à contacter si besoin :

m'engage à donner :

- Un certificat médical mentionnant « la non contre-indication à la pratique du rugby en compétition »  
**(Uniquement pour le Rugby)**

**CE CERTIFICAT MEDICAL EST OBLIGATOIRE. La photocopie du certificat médical de « club » est autorisée.**

➔ La somme de 15 € en chèque à l'ordre de A.S. Lycée Jean Taris (participation aux frais de licence assurance UNSS) vous sera demandé à la rentrée de septembre, **et ne doit pas être joint au dossier d'inscription.**

➔ Vous pourrez également apporter votre soutien à l'Association Sportive du lycée, à la rentrée de septembre en remettant un chèque supplémentaire de 8€ à l'ordre de l'A.S. Lycée Jean Taris. Ce chèque **ne doit pas être joint au dossier d'inscription.**

Fait à ..... le .....

Signature :