

# Renseignements et autorisations destinés au Lycée EIFFEL

BTS

## IDENTITE de L'ETUDIANT

NOM :		Prénom :	
Autre(s) prénom(s) :		Sexe :	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Date de Naissance :		Majeur <input type="checkbox"/>	Mineur <input type="checkbox"/>
Lieu de naissance :		Département de naissance :	
Pays de naissance :		Nationalité :	

ADRESSE DE L'ETUDIANT (si différente du responsable principal) :

N° Portable Etudiant :

Courriel étudiant : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**RESPONSABLE PRINCIPAL** : Autorise la communication de mes coordonnées

Lien de parenté : Père et mère conjointement  Père seul  Mère seule   
Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

M.  Mme  Mlle  NOM Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Liste rouge  Téléphone bureau : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone portable  
Envoi de SMS pour les absences

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

Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Profession :

En emploi  au chômage   
En retraite  autre  Employeur :

**SECOND RESPONSABLE** : Autorise la communication de mes coordonnées

Lien de parenté : Père  Mère  Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

M.  Mme  Mlle  NOM Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_ Liste rouge  Téléphone bureau : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone portable

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

Courriel : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Profession :

En emploi  au chômage   
En retraite  autre  Employeur :

**FRATRIE** (A compléter pour bénéficier éventuellement d'une réduction)

Nombre total d'enfants:		Dont à charge :	
Noms et Prénoms des frères et sœurs scolarisés	Nom de l'établissement	Classe (année scolaire 2011/2012)	Régime (Externe - Demi-pensionnaire - Interne)

↳ Joindre obligatoirement votre RIB ou RIP (pour le service Intendance)  
(Versement des bourses, des primes d'équipement, ...)

**PARCOURS SCOLAIRE ANNEE 2010/2011**

Etablissement d'origine :
Adresse :
Ville :
Division - Classe fréquentée :
Dernier diplôme obtenu :

**INFORMATIONS MEDICALES** {En cas de problème particulier, joindre une lettre confidentielle à l'attention de l'infirmière.}

↳ Photocopies des vaccinations à jour DT Polio (à joindre au dossier)

Nom du médecin traitant :	Téléphone :	
Adresse :		
Hôpital référent :		
Commentaires : (allergies, problèmes...)		
Traitement en cours :		
Antécédents médicaux :		
Personne à contacter : (en cas d'absence des parents)	Lien de parenté :	
Téléphone domicile :	Professionnel :	Portable :

## INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2011/2012

Classe demandée :	1 <sup>ère</sup> année <input type="checkbox"/>	2 <sup>ème</sup> année <input type="checkbox"/>	
ENVELOPPE DU BATIMENT	<input type="checkbox"/>		
FLUIDES ENERGIES ENVIRONNEMENT	<input type="checkbox"/>		
TRAVAUX PUBLICS	<input type="checkbox"/>		Redoublant :
APRES-VENTE AUTOMOBILE	<input type="checkbox"/>		OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
MOTEUR A COMBUSTION INTERNE	<input type="checkbox"/>		
Régime :			
Externe <input type="checkbox"/>		Interne <input type="checkbox"/>	
Demi Pensionnaire <input type="checkbox"/>		Interne externé <input type="checkbox"/>	(les 3 repas sans nuitée)
↳ LV1 Obligatoire (*)		↳ Option LV2 (facultative) :	
Anglais <input type="checkbox"/>		Angl <input type="checkbox"/> Alld <input type="checkbox"/> Italien <input type="checkbox"/>	
Allemand <input type="checkbox"/>			L'inscription vaut engagement à suivre l'option toute l'année. Il ne sera pas autorisé de l'arrêter en cours d'année.
(*) pour les BTS AVA et MCI, LV1 obligatoire : ANGLAIS			

## QUESTIONNAIRE POUR LES NOUVEAUX ETUDIANTS

Vous entrez en BTS :

Votre candidature au Lycée EIFFEL résulte de votre motivation pour nos filières.

Pour tester l'efficacité de nos différentes actions, nous vous remercions de bien vouloir répondre au questionnaire ci-dessous en cochant la ou les case(s) correspondante(s) à votre cas personnel.

Vous avez connu et/ou vous avez été convaincu de vous inscrire dans notre établissement :

<input type="checkbox"/> grâce à Internet
<input type="checkbox"/> par la presse
<input type="checkbox"/> par votre professeur principal
<input type="checkbox"/> par votre professeur de technologie
<input type="checkbox"/> par un autre professeur (précisez la matière) _____
<input type="checkbox"/> par votre Conseiller d'Orientation et Psychologue
<input type="checkbox"/> par un forum ou un carrefour des formations
Précisez lequel _____
<input type="checkbox"/> par les explications des personnes du Lycée EIFFEL venues dans votre établissement d'origine pour présenter notre lycée
<input type="checkbox"/> par votre stage ou une visite guidée du lycée
<input type="checkbox"/> par votre présence à nos Portes Ouvertes
<input type="checkbox"/> Autre (conseils de parents, d'amis, de personnes ayant déjà été scolarisées au Lycée EIFFEL ...
Précisez : _____
Observations : _____
_____

## FOYER SOCIO EDUCATIF

J'adhère au Foyer Socio Educatif du Lycée EIFFEL

Je règle la somme de 10 Euros, si possible par chèque  
(inscrire au verso le nom et le niveau d'études 2011/2012 de l'élève)

Je joins également une photo qui sera collée sur la carte de membre  
(inscrire au verso le nom, le prénom et le niveau d'études 2011/2012 de l'élève)  
(Adhésion facultative)

## AUTORISATIONS DIVERSES

### VIE SCOLAIRE

J'autorise  Je n'autorise pas  mon FILS ou ma FILLE à quitter l'établissement en cas d'absence de cours (heures de permanence, absences de professeurs, reports ou suppressions de cours occasionnant un départ anticipé du lycée)

J'autorise  Je n'autorise pas  la diffusion d'images sur lesquelles apparaîtrait mon enfant, en cas de reportage journalistique au lycée.

J'autorise  Je n'autorise pas  l'utilisation de la photo d'identité à des fins administratives internes à l'établissement.

J'autorise  Je n'autorise pas  la création d'une adresse mail de type : [prenom.nom@lycee-eiffel.fr](mailto:prenom.nom@lycee-eiffel.fr) pour les besoins pédagogiques.

### INFIRMERIE

J'autorise le lycée à envoyer mon enfant en consultation médicale en cas de besoin et notamment pour les internes, et m'engage à régler le médecin, dentiste, spécialiste...  
En cas d'hospitalisation de mon enfant, je m'engage à le prendre en charge à sa sortie de l'hôpital.

Signature des Parents :

Signature de l'étudiant :

### RAPPEL DES PIECES A FOURNIR :

- ✓ Photocopies des vaccins
- ✓ 1 Relevé d'Identité Bancaire
- ✓ 1 Photo d'identité (uniquement si transport SNCF)
- ✓ 1 Photo d'identité (uniquement si adhésion FSE).