

Nom :

Prénom :

Classe :

Régime : Interne / DP / Externe

LV2 :

Photos à agraffer

Liste des pièces à fournir

Détail des pièces à fournir	Réception :
Le dossier complété	<input type="radio"/>
Une photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé.	<input type="radio"/>
4 photographies d'identité récentes avec le nom de l'élève au dos	<input type="radio"/>
Un RIB pour le service d'intendance (même pour les élèves externes, merci d'inscrire le nom de l'élève au dos).	<input type="radio"/>
Un RIB pour le versement de l'allocation de PFMP (si élève majeur : à son nom / si élève mineur : au nom des parents ou de l'élève avec une autorisation parentale)	<input type="radio"/>
Un EXEAT de l'établissement précédent	<input type="radio"/>
Le règlement de 8€ pour l'adhésion à la MDL (animations, activités, sorties...) : chèque ou espèces	<input type="radio"/>

Informations relatives à la scolarité de l'élève :

L'élève a-t-il une notification MDPH ?	OUI	NON
L'élève a-t-il un PAI, PAP ou autre aménagement ?	OUI	NON
L'élève est-il allophone (le français n'est pas sa langue maternelle) ?	OUI	NON
Niveau de DELF déjà obtenu ? A1 -A2 - B1		
L'élève a-t-il un suivi particulier ? <ul style="list-style-type: none">Educateur si oui, service et coordonnées :SESSAD, IME, IMPRO ou ITEP	OUI	NON
ASSR 2 obtenu ?	OUI	NON
Si oui quand ?	Dans quel établissement ?	
Numéro de la carte GHDF pour les élèves qui en ont déjà une :		

Droit à l'image : Demande d'autorisation

Je soussigné Mme / Mr

1° Autorise - n'autorise pas * mon enfant à être photographié et/ou filmé dans le cadre de l'établissement scolaire.

2° Autorise - n'autorise pas * la diffusion de la (les) photographie(s) ou du (des) film(s) le (la) représentant par les vecteurs suivants :

activités pédagogiques (sorties, séjours...)

publication sur le site internet de l'établissement / Instagram

presse

chaînes de télévision

manifestations scolaires ou culturelles (spectacles...)

autres moyens (à préciser) :

Cette autorisation est valable pour l'année scolaire.

Signature du responsable légal :

A prévoir pour la rentrée : L'attestation d'assurance pour l'année scolaire 2023 / 2024

FAIRE VOS DEMANDES « EN LIGNE » DE CARTES GHDF ET DE TRANSPORT

<p>RIB pour les services d'intendance obligatoire même pour les élèves externes</p>	<p>Coller ici le RIB</p>
<p>RIB de l'élève sur son propre compte bancaire pour le versement des allocations des PFMP</p> <p>(si l'élève n'a pas encore de compte bancaire, merci de lui en ouvrir un le plus rapidement possible).</p>	<p>Coller ici le RIB</p>

Je soussigné (e) Mme, M.
l'allocation de PFMP sur son compte personnel.

autorise mon enfant à percevoir

Fait à

Le



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ELEVE

Identité de l'élève

Nom :----- Prénoms :-----

Date de naissance :-----Lieu :----- Département :----- Nationalité :-----

Tél. portable (de l'élève) **OBLIGATOIRE**-----

Mail de l'élève-**OBLIGATOIRE**-----

Scolarité à la rentrée 2024-2025

Formation :----- Classe :-----

Régime : Externe DP Interne LV1 :----- LV2 :-----

Date d'entrée dans l'établissement :-----

Scolarité de l'année précédente (2023-2024)

Formation :----- Classe :-----

Etablissement :----- Commune :-----

Dernier établissement fréquenté par l'élève (si l'élève n'était pas scolarisé en 2023-2024)

Formation :----- Date de fin de scolarité :-----

Etablissement :----- Commune :-----

Responsable légal 1

Nom :-----Prénoms :----- Lien de parenté :-----

Date de naissance:-----Lieu de naissance :-----

Adresse :-----

Code postal :----- Commune :----- Pays :-----

Tél. domicile :----- Tél. travail :----- Tél. portable **OBLIGATOIRE** :-----

Mail OBLIGATOIRE:-----

Profession :-----

Nombre d'enfants à charge :-----Nombre d'enfants scolarisés en collège ou lycée :-----

Responsable légal 2

Nom : -----Prénom : ----- Lien de parenté : -----

Prénom : -----

Adresse : -----

Code postal : ----- Commune : ----- Pays : -----

Tél. domicile : ----- Tél. travail : ----- Tél. portable : -----

Mail : -----

Profession : -----

Autre responsable ou personne à contacter

Nom:-----Prénom :-----

Adresse : -----

Tél. domicile : ----- Tél. travail : ----- Tél. portable : -----

Mail : -----

Examen automatique du droit à une bourse nationale

A compter de la rentrée 2024, la procédure de demande de bourses évolue. Afin de simplifier les démarches, et pour lutter contre le non recours aux bourses, un examen automatique du droit à une bourse nationale est mis en place.

Pour bénéficier de ce dispositif, vous devez consentir au partage de vos informations d'état civil qui permettront, via les applications de la direction générale des finances publiques de vérifier votre éligibilité et de calculer le montant de la bourse attribuée.

je consens au partage des informations d'état civil,

je refuse

Date :

Signature :

Fiche infirmerie et / ou d'urgence

Classe :

PHOTO

Nom Prénom :

Né(é) le :

Téléphone portable de l'élève :

N° de sécu de l'élève +16 ans (ou celui du responsable si -16 ans) :

Pour vous contacter :

Téléphone	Père	Mère	Autre personne
Domicile			
Professionnel			
Portable			

Documents à joindre à cette fiche :

♦ Une photocopie des vaccinations (**BCG, ROR, DT Polio, Hépatite B**) et pour les deuxièmes années, **uniquement celles que vous avez refaites depuis septembre 2022.**

Remarque : Les élèves ne doivent en aucun cas garder un médicament sur eux. Tout traitement doit être déposé à l'infirmerie avec l'ORDONNANCE.

Renseignements médicaux confidentiels :

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière et / ou du médecin scolaire.

Date du rappel du vaccin antitétanique (DT Polio) :

Nom et adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

Observations particulières que vous jugez utile de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre, handicap, troubles des apprentissages....) :

Prise en charge spécifique :

Votre enfant a-t-il un PAI, PAP, PPS, notification MDPH, suivi AESH (merci de fournir les documents nécessaires pour la poursuite ou la demande de prise en charge initiale).

Si vous le souhaitez, vous pouvez contacter l'infirmière de votre établissement afin d'établir, si nécessaire, un PAI : projet d'accueil individualisé.

Si l'élève est malade sans caractère d'urgence, le responsable légal (ou une personne désignée par celui-ci) peut être appelé pour venir le chercher à l'infirmerie et signer le registre de sortie.

En cas d'urgence l'élève majeur est transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

En cas d'urgence l'élève mineur doit être accompagné d'un parent pour tout transport vers l'hôpital.

Je soussigné(e) _____, responsable légal de l'élève _____ déclare avoir pris connaissance de cette fiche et certifie l'exactitude des informations.

Date : / /

Signature :

XVII. Documents ressources pour visite médicale

A. Information relative à la protection des mineurs.



MINISTÈRE DE
L'ÉDUCATION NATIONALE
DE L'ENSEIGNEMENT
SUPÉRIEUR ET DE LA
RECHERCHE

Année scolaire

INFORMATION RELATIVE A LA PROTECTION DES MINEURS EN FORMATION PROFESSIONNELLE

Madame, Monsieur,

Pour les besoins liés à sa formation professionnelle, votre (fils)(fille), devra être affecté(e) à certains travaux réglementés par le code du travail. Etant mineur, l'exécution des travaux ne pourra se faire que sur décision du chef d'établissement et information de l'inspection du travail.

Dans le cadre de cette procédure, votre (fils)(fille) bénéficie d'une surveillance médicale renforcée et annuelle. Il (elle) sera convoqué(e), en début d'année scolaire, pour passer une visite médicale ou un entretien par le médecin et/ou l'infirmier(ière) de l'Education Nationale (Seuls personnels habilités à la faire). A l'issue de la visite médicale ou de l'entretien, un **avis médical d'aptitude** sera délivré.

Conformément au code du travail, l'avis médical d'aptitude est indispensable pour autoriser l'élève mineur à travailler en atelier dans l'établissement ainsi que pour les périodes de formation en milieu professionnel.

Si nous sommes amenés à constater l'absence sans motif valable (hospitalisation, évènement familial grave,...) de votre enfant à une convocation, aucun avis médical ne pourra être fourni et le travail en atelier lui sera interdit.

La famille sera alors convoquée par le chef d'établissement et recevra l'injonction de prendre rendez-vous au centre médico-scolaire du médecin de l'Education Nationale afin de se mettre en règle. Les frais de transport resteront à la charge de la famille.

En l'absence de visite médicale, les travaux réglementés en atelier seront interdits.

Je, soussigné, Père / Mère de l'élève,

inscrit en classe de,

déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus.

Date :

Signature :

Courrier à remettre aux représentants légaux des élèves mineurs dans le dossier d'inscription

B. Questionnaire médical initial



Direction des Services
Départementaux de
l'Education Nationale

Service de Promotion de la
Santé en Faveur des Elèves

MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE,
DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Nom du médecin de l'Education Nationale : **M. Christine ROBERT**
LYCEE PROFESSIONNEL
JULIE DAUBIE *Medecin scolaire*
Etablissement scolaire :
3, place Robert Aumont
02011 LAON CEDEX
Tél. 03 23 26 27 28 - Fax 03 23 20 34 89

Questionnaire médical initial à remplir par les parents

(à remettre au médecin le jour de la visite médicale)

Votre enfant, dans le cadre de la formation professionnelle choisie, aura à travailler dans son établissement scolaire sur des machines, à utiliser des produits ou à être confronté à des situations à risque professionnel.

S'agissant d'un élève mineur, et dans le cadre de la procédure de dérogation aux travaux réglementés par le code du travail (décret n° 2015-443 du 17 avril 2015 - article L 4153-9 du code du travail), l'avis du médecin de l'Education Nationale sur la compatibilité entre son état de santé et les tâches et travaux nécessaires à sa formation professionnelle est obligatoire. Il doit être mis à disposition de l'inspecteur du travail. A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous destiné au médecin en charge d'examiner votre enfant.

Vos réponses sont strictement confidentielles et soumises au secret médical.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ELEVE

Nom : _____ Prénom : _____ Classe : _____
Date de naissance : _____
Adresse : _____
Code Postal : _____ Ville : _____
N° de téléphone : _____
La mère est-elle en bonne santé ? OUI NON Profession : _____
Le père est-il en bonne santé ? OUI NON Profession : _____
Nombre de frères et sœurs : _____
Nom et coordonnées du médecin traitant : _____

MALADIES PRESENTEES ANTERIEUREMENT PAR VOTRE ENFANT

A-t-il(elle) déjà fait des convulsions ? OUI NON Si oui, à quel âge ? _____
A-t-il(elle) eu d'autres maladies neurologiques ? OUI NON S'agissait-il d'une méningite ? OUI NON
A-t-il(elle) eu des maladies respiratoires ou allergiques ? OUI NON Précisez : _____
A-t-il(elle) eu des otites à répétition ? OUI NON
A-t-il(elle) eu des problèmes de hanche ou de dos ? OUI NON Précisez : _____
Autres maladies importantes : OUI NON Précisez : _____
A-t-il(elle) eu des accidents ? OUI NON Précisez : _____
A-t-il(elle) été hospitalisé(e), voir opéré(e) ? OUI NON Précisez : _____

tournez la page, SVP

ETAT DE SANTE ACTUEL DE VOTRE ENFANT

En ce qui concerne les vaccinations, il est rappelé que l'autorisation d'affectation à des travaux réglementés est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la loi.

A-t-il(elle) souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? OUI NON

Actuellement, présente-t-il(elle) d'autres troubles actuellement (asthme, eczéma, allergie, urticaire, pertes de connaissance, malaises, problèmes de dos ou d'articulations, maux de tête, problèmes de vue ou de fatigue oculaire) ? si oui, merci de préciser : OUI NON

Est-il(elle) souvent absent(e) ? OUI NON
si oui, merci de préciser les motifs d'absence :

Est-il(elle) suivi(e) par un médecin, un psychologue, un psychiatre ? OUI NON
si oui, merci de préciser pour quelle raison :

Suit-il(elle) un traitement ? OUI NON
si oui, merci de préciser lequel :

Avez-vous autre chose à signaler (par ex : caractère, comportement, vie familiale,...) ? OUI NON
si oui, merci de préciser lequel :

Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé et copie de tous documents utiles en votre possession (comptes rendus récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc...).

Si vous le souhaitez, le médecin de l'Education Nationale peut vous recevoir sur rendez-vous. Prenez contact à cet effet avec l'infirmerie de l'établissement scolaire.

INFORMATION IMPORTANTE

La consommation de produits psycho actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences en cas d'utilisation de machines dangereuses ou de conduites d'engins.

Elle peut entraîner une inaptitude à la poursuite de la formation professionnelle dispensée pendant le temps nécessaire.

Je déclare avoir pris connaissance de l'information ci-dessus.

A.....le.....

signature de l'élève :

signature des parents :