

DOSSIER d'INSCRIPTION

Année scolaire 2024 / 2025

1 PHOTO à AGRAFER

D. SZCZEPANIAK

Route de Saint Denis - BP 40029 - 80201 PERONNE Cedex - Tél. : 03.22.73.35.00 / Mail : ce.0800046r@ac-amiens.fr

Madame, Monsieur,

Afin d'enregistrer l'inscription vous voudrez bien vous présenter au secrétariat du lycée aux dates et heures indiquées ci-dessous, munis de ce dossier complété et de toutes les pièces demandées.

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE

NOM et Prénoms	e grade somplet - sylvaterathers; to care of a flavore of such
Etablissement Classe en 2023-2024	and the grant was the state of
Affectation 2024 – 2025	BTS Gestion des Transports et Logistique Associée 1ère année – BTSGTLA 1
DOSSIER A DEPOSER AVANT LE 10 JUILLET 2024	

PIECES A FOURNIR

	FIECES A FOURNIK
	1 photo d'identité récente à agrafer ci-dessus (Inscrire au dos Nom, prénom)
	1 photocopie du relevé de notes du baccalauréat ou une copie du diplôme
	Copie des 3 derniers bulletins
	1 copie du livret de famille
	Pour les étudiants mineurs, si les parents sont divorcés ou séparés, une photocopie de la partie du jugement définissant l'autorité parentale
	La copie de l'attestation de participation à la Journée Défense et Citoyenneté
	La copie de la carte d'identité ou du passeport et pour les étudiants étrangers la copie du titre de séjour
	Pour les étudiants ayant un diplôme délivré à l'étranger : pour l'inscription à l'examen en 2ème année une attestation de comparabilité établie par l'ENIC NARIC sera demandée.
	Pour les étudiants DEMI-PENSIONNAIRES, <u>un chèque de 60 €</u> , à l'ordre de M. l'Agent comptable de la cité scolaire de Péronne ou la demande de prélèvement automatique « mandat de prélèvement SEPA ».
	Pour les étudiants désirant une place en résidence lycéenne : La demande jointe au dossier
	La fiche de renseignements destinée à l'infirmerie (sous enveloppe cachetée) sur laquelle vous agraferez une 2 ^{enc} photo et à laquelle vous joindrez une photocopie des certificats de vaccination
	<u>Une 3^{ème} photo</u> destinée à la carte d'étudiant.
	La fiche Intendance
Jes é	studiants inscrits comme internes sont constatés par période entière. Le Proviseur

Aucun changement ne peut intervenir en cours de période.

de la période en cours

Toute modification de qualité doit être demandée par écrit 15 jours avant la fin



PROTECTION DES DONNEES

Les informations personnelles collectées à l'occasion du dossier d'inscription seront utilisées pour les traitements de données à caractère personnel de l'établissement notamment pour :

- La gestion administrative et pédagogique de l'élève
- La gestion de la restauration
- La gestion de la vie scolaire
- Le contrôle des accès
- L'espace numérique de travail

D'autres traitements de données à caractère personnel sont susceptibles d'être mis en œuvre par l'établissement et feront l'objet d'une information ultérieure par le chef d'établissement.

Conformément aux dispositions issues du règlement européen à la protection des donnés à caractère personnel et à la nouvelle loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, de limitation et d'effacement aux données. Pour exercer ces droits et pour toute question relative aux traitements des données de votre enfant (si l'élève est mineur), vous pouvez contacter la déléguée académique à la protection des données par voie électronique : dpd@ac-lille.fr

Si vous estimez, après avoir contacté le chef d'établissement ou la déléguée académique à la protection des données que vos droits à la protection des données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy, TSA80715, 75334 PARIS CEDEX 07 ou sur https://www.cnil.fr/fr/plaintes

L'établissement reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Bien cordialement,

Le Chef d'Etablissement

D. SZCZEPANIAK

Route de Saint Denis - B.P. 40029 - 80201 Péronne cedex 1 - t d. 03 22 73 35 00



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année 2024-2025

	IDENTITE DE L'ETUDIANT	
Nom de famille :Prénom 1 :Préno		
Né(e) le :// Commune de Pays de naissance :		
@Adresse mail de l'élève :		
□ Possède sa propre adresse : Rue :		
Code postal : Commune	:	
ETABLISSEMENT SCOLAIRI	E FREQUENTE PENDANT L'ANN	EE SCOLAIRE 2023-2024
NOM		
ADRESSE :		
VILLE :	Dépar	tement :
FORMATION SUIVIE :		
LVA :	LVB :	
	REPRESENTANT LEGAL	
Lien avec l'élève* :		Civilité : Mme 🗆 M. 🗆
Nom de famille :	Prénom :	
Profession :		
Adresse: Rue		
Code postal : Cor	mmune :	Pays
Adresse mail :		
J'accepte de communiquer mon adresse (Téléphone domicile :		
Mobile :		
Le représentant légal détient l'autorité parentale su actes relatifs à la scolarité de l'élève. *Le lien avec l'élève est à choisir parmi : mère, père cousin, etc.), tuteur, élève lui-même (pour les élève	ur l'élève mineur soit par nature (parents), soit so e, ascendant (grand-parent), fratrie (sœur, frère)	ur décision de justice. Il peut accomplir tous les , autre membre de la famille (oncle, tante,
Je certifie l'exactitude des informations re	enseignées ci-dessus.	
Date:/	Signature Etudian	nt:



TOUTE INSCRIPTION AU LYCEE DES METIERS VAUT CONNAISSANCE ET ACCEPTATION SANS RESERVE DU REGLEMENT INTERIEUR Y COMPRIS POUR LES ELEVES MAJEURS

ACCUSE DE RECEPTION DU REGLEMENT INTERIEUR DE L'ETABLISSEMENT consultable sur le site internet du lycée

Nom et prénom de l'élève	 		
Classe 2024/2025	 		
Date:			
Signature de l'étudiant		Signature du responsable légal si étudiant mineur	

FICHE INTENDANCE

ELEVE
NOM :
Date de naissance : / / N° de téléphone : / / /
Classe :
Mail (Obligatoire) :
REPRESENTANT LEGAL FINANCIER
NOM :
Adresse:
Code postal : Commune :
N° de téléphone : / / /
Mail (Obligatoire):
☐ En cas de placement judiciaire cocher la case
Joindre impérativement un RIB, Relevé d'Identité Bancaire
Indiquer le nom prénom et classe de votre enfant sur le devant du RIB
REGIME : □ INTERNE* □ DEMI PENSIONNAIRE □ EXTERNE
*A noter qu'aucun changement n'est possible en cours de trimestre. Le changement de qualité peut être demandé en décembre et en avril par courrier pour effet au 1 ^{er} janvier ou 1 ^{er} mai.
☐ Je règle par chèque bancaire ou en espèces
Le compte restauration doit être approvisionné avant le passage en restauration pour les DP et les externes.
☐ Je demande à régler par prélèvement bancaire mensuel (mandat de prélèvement à compléter)
Le prélèvement peut être arrêté à votre demande par simple courrier au service Intendance.
Attention : Le rejet de 2 prélèvements entraînera l'annulation de ce mode de règlement.
Prélèvement effectué le 10 de chaque mois
Date : Signature du représentant légal financier

Coller le RIB



MANDAT DE PR	ELEVEMENT SEPA
(Références unique d	u mandat)
Nom:Prénom:	Formation :
Adresse : Code	postal : Ville :
Courriel:	
Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules auprès du créancier à l'adresse ci-dessous, dans les conditions prévues par la délibération n°8	nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès O du 1/04/1980 de la Commission Informatique et Liberté.
Type de contrat :	
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Lycée P. Mendes France à env instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter	oyer des IDENTIFIANT CREANCIER SEPA
compte conformément aux instructions de Lycée P. Mendes France. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions c	FR 29 777 570 527
dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursem - Dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un p	ent doit être présentée :
DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	DESIGNATION DU CREANCIER
Nom, prénom :	Nom: LYCEE P M France
Adresse :	Adresse: 2 Route de Saint Denis
Code Postal :	Code postal: 80201
Ville :	Ville : PERONNE CEDEX
Pays :	Pays : France
DESIGNATION DU	COMPTE A DEBITER
IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1
IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)	
<u>Type de paiement :</u> Paiement récurrent /répétitif ⊠ Paiement ponctuel □	
Signé à :	Signature :
Le (JJ/MM/AAAA) :	
DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST E	FFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :
Nom du tiers débiteur :	

JOINDRE UN RELEVE D'INDENTITE BANCAIRE (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 Lycée P. Mendes France. 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 Lycée P. Mendes France.

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 INFIRMERIE 2024/2025

Photo

A remettre sous enveloppe cachetée à l'attention de l'infirmière

Joindre une photocopie des pages de vaccinations du Carnet de Santé, de l'attestation de carte vitale et de l'attestation de la mutuelle/CMU.

<u>L'ELEVE :</u>
NOM
Classe en 2024/2025 :
Etablissement d'origine :
RESPONSABLES LEGAUX :
NOM :Prénom :Prènom □ Père □ Mère Autre :
Tol Dom : Tol Trav :
Portable :Tél Trav :Tél Trav :
NOM :Prénom :Père □ Mère Autre :
Portable :Tel Dom. :Tél Trav :
Portable
Autre(s) personnes(s) à contacter en cas d'urgence :
NOM :Tél :
TOTA
SANTE : cette partie n'est pas obligatoire. Il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'el
soit renseignée.
Médecin traitant : Tél :
Date du dernier vaccin DTP : Interventions chirurgicales :
Exists till up déficit 2 Auditif Visuel Moteur
Allergies alimentaires: autres:
L'élève est-il ? □Diabétique □Asthmatique □Epileptique □ autre :
L'élève a-t-il des médicaments à prendre sur le temps scolaire :
Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi □psychologique □orthophonique □autre :
Votre enfant a-t-il déjà bénéficié d'un Projet d'Accueil Individualisé(PAI)*?
(*)Pour toute demande de PAI, PAP, renouvellement ou toute information qui semble nécessaire, veuillez contact
l'infirmière du lycée à l'adresse courriel : virginie.callewaert@ac-amiens.fr ou par téléphone.
En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade, sera orienté et transporté par les services de secou
vers l'hôpital le plus adapté après l'avis du 15. La famille sera avertie immédiatement par l'infirme
ou la vie scolaire. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille. Si l'élè
est malade sans caractère d'urgence, le responsable légal ou une personne désignée par celui-ci de
venir le chercher au sein de l'établissement.
Date : Signature du responsable légal :

Candidature à une place en Résidence Lycéenne 2024/	dence Lycéenne 2024/2025	Candidature à une place en Résidence Lycéenne 2024/2025
\Box 1 ^{er} Demande	Demande de Renouvellement	Partie réservée à l'administration
RENSEIGNEMENT ELEVES:		Date :
NomPrénom	Classe	NomClasse
Lieu de résidence Habituel de l'élève	Résidence Lycéenne	
□ Chez les Parents□ Chez le Père□ Chez la Mère□ Garde Alternée	Si disponible, souhaitez-vous un ordinateur* ? OUI NON *Réservé aux lycéens	Demande acceptée à compter du
BLE	S LEGAUX:	
Adresse :		Demande sur Liste d'attente
Nom-Prénom de la Mère:	Profession:	
Ville :	Tel://	Demande refusée : ➤ Motif :
Indiquer ci-dessous les éléments qui motivent la demande d'int	notivent la demande d'internat :	
Date : Nom-Prénom du demandeur :	SIGNATURE:	Le Proviseur