

**Lycée Gérard-de-Nerval**

Place de l’Europe

95270 – LUZARCHES

Tél : 01.30.29.55.00

ce.0950647m@ac-versailles.fr

**INSCRIPTION EN SECONDE RENTRÉE 2024**

**Documents à fournir pour l’inscription :**

* Le récapitulatif de la télé-inscription.
* Une photocopie d’un justificatif de domicile de moins de 3 mois (hors téléphone portable).
* Une photocopie lisible recto/verso de la pièce d’identité de l’élève.
* Une Relevé d’Identité Bancaire (RIB). (Ecrire nom et prénom de l’élève au dos)
* Une photo d’identité pour le carnet de liaison. (Ecrire nom et prénom de l’élève au dos)

**INFORMATION : Les élèves peuvent avoir cours de 8h30 à 17h30 y compris le mercredi après-midi.**

**FICHE DE RENSEIGNEMENT ELEVE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM** : **Prénom :** | | |
| LVA **:** | LVB **:** | **Section Européenne :** - Allemand  **(Si mentionné sur** **OU**  **l’avis d’affectation)** - Anglais |
| Né(e) le | A | |
| Portable et adresse mail de l'élève : | | |

|  |
| --- |
| Etablissement scolaire fréquenté en **2023-2024** :  Classe :  NOM de l’établissement :  Commune et Département (ou Pays) : |

|  |  |
| --- | --- |
| Options \* une seule possible : \*\*LATIN (débutant non autorisé)  \*Sous réserve des capacités d'accueil  \*\* seule option compatible avec section européenne Allemand/Anglais  Je serais intéressé(e) par le projet de classe sans notes (Fournir une lettre de motivation - Mis en place uniquement si suffisamment de candidatures) | MANAGEMENT |

***Aucune demande de changement de classe pour convenance personnelle ne sera acceptée après la rentrée***

**Les demandes de bourses se font dorénavant sur Educonnect.**

|  |
| --- |
| **Responsable légal**  ❑ A PREVENIR EN PRIORITE  NOM : Prénoms :  Lien avec l’élève : Père ⬜ Mère ⬜ Autre ⬜ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🕿 Domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🕿 Travail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🕿 Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Accepte les SMS** ⬜  Adresse :  Code postal : Commune :  Courriel :  Autorise la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves : Oui ⬜ Non ⬜  Profession : |

|  |
| --- |
| **Responsable légal**  ❑ A PREVENIR EN PRIORITE  NOM : Prénoms :  Lien avec l’élève : Père ⬜ Mère ⬜ Autre ⬜ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🕿 Domicile : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🕿 Travail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  🕿 Portable : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Accepte les SMS** ⬜  Adresse :  Code postal : Commune :  Courriel :  Autorise la communication de mon adresse aux associations de parents d'élèves : Oui ⬜ Non ⬜  Profession : |

A , le

Signatures des parents : Signature de l'élève :

**Information concernant les données personnelles collectées**

Ces données à caractère personnel sont collectées de façon réglementaire dans le cadre des missions de service public du lycée. Elles seront utilisées pour renseigner et compléter la "base de données élèves" et archivées dans le dossier scolaire de l'élève, uniquement consultable par les personnels administratifs et pédagogiques de l'établissement.

Conformément au Règlement général sur la protection des données (règlement n°2016/679 du Parlement Européen et du Conseil, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, ou "R.G.P.D."), vous pouvez exercer votre droit d'accès ou de rectification en adressant un courrier au chef d'établissement, responsable des traitements, à l'adresse suivante : ce.0950647m@acversailles.fr. Suite à votre demande vous pourrez contacter le DPO académique à l'adresse suivante : dpd@ac-versailles.fr ou par voie postale au 3 bd de Lesseps - 78017 VERSAILLES. Si après avoir formulé une demande, vous estimiez ne pas avoir obtenu de réponse suffisante, vous pouvez contacter la CNIL par voie postale au 3 place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Fiche d’urgence NON confidentielle\* 2024-2025

À remplir obligatoirement par les responsables légaux

A l’intention de l’INFIRMIÈRE

**Nom** : ....................................................................................... **Prénom** : ...........................................

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

Nom, adresse et numéro de sécurité sociale :

……...........................................................................................................................………………………………

Nom, adresse et numéro de la mutuelle (pas obligatoire)……………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………. Nom et adresse de l’assurance scolaire :

……………………………………………………………………………………………………………………….

**En cas d’accident**, l’établissement s’efforce de prévenir rapidement les responsables légaux.

Nom et n° de téléphone d’une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

................................................……………………………………………………………………………………

...................................................................................................................................................................

En cas d’urgence, et **après régulation** par le SAMU centre 15, un élève est orienté et transporté par les services de secours d’urgence (soit par des transports sanitaires privés, soit par des véhicules du service départemental d’incendie et de secours, soit par une équipe médicale SMUR) vers l’établissement de santé le mieux adapté. Les responsables légaux sont immédiatement avertis par l’école ou l’établissement.

**Un élève mineur ne peut sortir de l’hôpital qu’accompagné de ses responsables légaux.**

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : ……………………………………………………………… (Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance **de l’établissement**

(Allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre…)

.............................................................................................................................................................................

..................………………………………………………………………………………………………………………....

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant : …………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………… Date Signature des parents ou du représentant légal

\* *DOCUMENT NON CONFIDENTIEL* à remplir par les responsables légaux 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’école ou de l’établissement.

\***Un double de ce document** sera remis aux transports sanitaires lors de la prise en charge de l’enfant.

**AMÉNAGEMENTS POUR 2024-2025**

**NOM : Prénom :**

**Mon enfant dispose d’aménagements déjà mis en place dans l’établissement précédent :**

❑ PAI

❑ PAP

❑ PPRE (non reconductible en lycée)

❑ PPS

❑ AVS/AESH

❑ Autre………

***FOURNIR LE JUSTIFICATIF (notification de médecin scolaire)***

**Vous souhaitez :**

* Reconduite de l’aménagement
* Arrêt du protocole
* Mise en place de nouveaux aménagements