

LYCÉE VAUCANSON  
14, rue Albert THOMAS  
78132 LES MUREAUX  
Tél : 01.30.99.94.10  
ce.0781984h@ac-versailles.fr

Nom : .....  
Prénom : .....  
Classe en 2024/2025 : .....

Dossier d'inscription et de réinscription année scolaire 2024-2025

BTS ESF 1	Lundi 08 juillet	
BTS GPME 1	Mardi 09 juillet	9h00-12h00
BTS ESF 2	Mercredi 10 juillet	/
BTS GPME 2	Jeudi 11 juillet	13h30-17h00
	Vendredi 12 juillet (uniquement le matin)	

Tout dossier incomplet ne sera pas traité.

**DOCUMENTS A COMPLETER :**

- Fiche de renseignements.
- Fiche d'urgence à l'attention des parents ou étudiants majeurs.

**DOCUMENTS A FOURNIR :**

- 2 photos d'identité **récentes**, tête découverte, découpées, avec nom et prénom de l'étudiant au dos.
- Attestation de restauration scolaire (A télécharger sur la CAF ou reçue par courrier).
- Pour déjeuner dès le 02/09/24 apporter 20€ en chèque (à l'ordre de l'agent comptable) ou espèces pour créditer la carte.
- RIB obligatoire avec le nom de l'étudiant au dos.
- Notification de bourse du CROUS si **boursier**.
- Relevé de notes du Baccalauréat pour les BTS 1<sup>ère</sup> année.

DOSSIER REMIS LE :...../...../ 2024

TRAITE PAR .....

## FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire : 2024-2025

Formation : ..... Classe : .....

Les champs suivis d'un astérisque (\*) sont obligatoires.

## IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom de famille\* (1) : ..... Sexe\* : F  M 

Nom d'usage (2) : ..... Né(e) le\* : \_/ \_/ \_

Prénom 1\* (3) : ..... Prénom 2 : ..... Prénom 3 : .....

Pays de naissance\* : ..... Département de naissance\* (4) : \_ \_ \_

Commune de naissance\* (4) : ..... Nationalité\* : .....

L'élève habite\* (5) : Chez .....

Ou possède sa propre adresse : .....

Code postal : \_ \_ \_ \_ \_ Commune : .....

Pays : ..... @ Courriel : .....

☎ Domicile : ..... ☎ Travail : ..... ☎ Mobile : .....

(1) Nom de famille : nom de naissance, obligatoire

(2) Nom d'usage : à compléter si différent du nom de famille, par ex. nom d'époux/épouse

(3) Prénoms : dans l'ordre de l'état civil

(4) Département (ex : 075) et commune de naissance : pour les élèves nés en France

(5) L'élève habite : n'indiquer qu'un seul responsable parmi les représentants légaux ou la personne en charge, même si l'élève habite chez ses deux parents, ensemble ou séparément.

## REPRÉSENTANT(S) LÉGAL(AUX)

Un représentant légal détient l'autorité parentale sur l'élève mineur soit par nature (parents), soit sur décision de justice. Il peut accomplir tous les actes relatifs à la scolarité de l'élève.

Lien avec l'élève\* : ..... A contacter en priorité : 

Ce lien est à choisir parmi : mère, père, ascendant (grand-parent), fraterie (sœur, frère), autre membre de la famille (oncle, tante, cousin, etc.), tuteur, élève lui-même (pour les élèves majeurs), Aide Sociale à l'Enfance, éducateur, assistant familial, autre lien (ex. : beau-parent)

Nom de famille\* : ..... Civilité\* : Mme  M. 

Nom d'usage : ..... Prénom\* : .....

Profession ou catégorie socio-professionnelle\* : \_ \_ (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir page 2)

Adresse\* : .....

Code postal\* : \_ \_ \_ \_ \_ Commune\* : .....

Pays\* : ..... @ Courriel : .....

☎ Domicile : ..... ☎ Travail : ..... ☎ Mobile : .....

J'accepte de transmettre mes adresse et courriel aux associations de parents d'élèves :  de recevoir des SMS : Lien avec l'élève\* : ..... A contacter en priorité : Nom de famille\* : ..... Civilité\* : Mme  M. 

Nom d'usage : ..... Prénom\* : .....

Profession ou catégorie socio-professionnelle\* : \_ \_ (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir page 2)

Adresse\* : .....

Code postal\* : \_ \_ \_ \_ \_ Commune\* : .....

Pays\* : ..... @ Courriel : .....

☎ Domicile : ..... ☎ Travail : ..... ☎ Mobile : .....

J'accepte de transmettre mes adresse et courriel aux associations de parents d'élèves :  de recevoir des SMS :

**PERSONNE EN CHARGE DE L'ÉLÈVE**A contacter en priorité : 

La *personne en charge* lorsqu'elle existe, est différente des représentants légaux de la page précédente : elle n'a pas l'autorité parentale sur l'élève mineur, elle héberge l'élève sur décision de justice ou avec l'accord des parents, et elle est responsable de l'obligation scolaire.

Lien avec l'élève\* : ..... Civilité\* : Mme  M. 

Nom de famille\* : .....

Nom d'usage : ..... Prénom\* : .....

Adresse\* : .....

Code postal\* : \_ \_ \_ \_ \_ Commune\* : .....

Pays\* : ..... @ Courriel : .....

☎ Domicile : ..... ☎ Travail : ..... ☎ Mobile : .....

J'accepte de transmettre mes adresse et courriel aux associations de parents d'élèves :  de recevoir des SMS : **AUTRE PERSONNE À CONTACTER**Lien avec l'élève\* : ..... Civilité\* : Mme  M. 

Nom de famille\* : .....

Nom d'usage : ..... Prénom\* : .....

☎ Domicile : ..... ☎ Travail : ..... ☎ Mobile : .....

J'accepte de recevoir des SMS : **ÉTUDE AUTOMATIQUE DU DROIT À BOURSE**

Si vous avez la charge de l'enfant que vous inscrivez (nourriture, logement, habillement), nous pouvons étudier si vous avez **droit à une bourse pour son année scolaire**.

Pour cela, il vous suffit de remplir ou modifier les **informations ci-dessous, pour vous-même et pour votre concubin(e)** si cette situation vous concerne.

Ces informations sont indispensables pour nous permettre de récupérer automatiquement vos données fiscales.

**De cette manière, vous n'aurez pas besoin de faire une demande de bourse à la rentrée.**

Vous obtiendrez une réponse au cours du premier trimestre de l'année scolaire.

J'accepte l'étude automatique de mon droit à bourse et je complète les informations ci-dessous **Vous-même :**

Nom de famille\* (1) : .....

Nom d'usage (2) : .....

Prénom 1\* (3) : ..... Prénom 2 : ..... Prénom 3 : .....

Date de naissance\* : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Pays de naissance\* : .....

Département de naissance\* (4) : \_ \_ \_ Commune de naissance\* (4) : .....

**Votre concubin(e) :**

*Vous êtes en concubinage si vous vivez en couple sous le même toit, sans être marié ou pacsé (dans ce cas vous payez vos impôts séparément). L'accord de votre concubin(e) est indispensable pour cette démarche.*

Nom de famille\* (1) : ..... Civilité\* : Mme  M. 

Nom d'usage (2) : .....

Prénom 1\* (3) : ..... Prénom 2 : ..... Prénom 3 : .....

Date de naissance\* : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ Pays de naissance\* : .....

Département de naissance\* (4) : \_ \_ \_ Commune de naissance\* (4) : .....

(1) *Nom de famille* : nom de naissance, obligatoire(2) *Nom d'usage* : à compléter si différent du nom de famille, par ex. nom d'époux/épouse(3) *Prénoms* : dans l'ordre de l'état civil(4) *Département (ex : 075) et commune de naissance* : à compléter si vous êtes nés en France.

Je certifie l'exactitude des informations renseignées ci-dessus.

Date : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Signature :

**Professions et catégories socio-professionnelles - Codes à reporter en page 3, « représentants légaux »**

Code	Libellé	Code	Libellé
<b>AGRICULTEURS EXPLOITANTS</b>		<b>OUVRIERS</b>	
10	Agriculteurs exploitants	62	Ouvriers qualifiés de type industriel
<b>ARTISANS, COMMERCANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE</b>		63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
21	Artisans	64	Chauffeurs
22	Commerçants et assimilés	65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
<b>CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES</b>		68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
31	Professions libérales	69	Ouvriers agricoles
33	Cadres de la fonction publique	<b>RETRAITES</b>	
34	Professeurs, professions scientifiques	71	Retraités agriculteurs exploitants
35	Professions de l'information, des arts et des spectacles	72	Retraités artisans, commerçants, chefs d'entreprise
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	74	Anciens cadres
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	75	Anciennes professions intermédiaires
<b>PROFESSIONS INTERMEDIAIRES</b>		77	Anciens employés
42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés	78	Anciens ouvriers
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social	<b>PERSONNES SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE</b>	
44	Clergé, religieux	81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	83	Militaires du contingent
46	Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise	84	Elèves, étudiants
47	Techniciens	85	Personnes sans activité professionnelle < 60 ans (sauf retraités)
48	Contremaîtres, agents de maîtrise	86	Personnes sans activité professionnelle >= 60 ans (sauf retraités)
<b>EMPLOYES</b>			
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique		
53	Policiers et militaires		
54	Employés administratifs d'entreprise		
55	Employés de commerce		
56	Personnels des services directs aux particuliers		

**FICHE D'URGENCE A L'ATTENTION DES RESPONSABLES LEGAUX**

Année scolaire 2024/2025

Nom : ..... Prénom : .....

Classe : ..... Date de naissance : ..... N° portable élève : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....  
.....

N° de sécurité sociale : .....

Adresse du centre de sécurité sociale :

.....  
.....

Nom et coordonnées de la mutuelle (facultatif) :

.....

Nom et adresse de l'assurance scolaire :

.....  
.....

En cas d'urgence, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant plusieurs numéros de téléphone.

1. N° de téléphone du domicile : .....

2. N° de téléphone du père : .....

3. N° de téléphone de la mère : .....

4. Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

Dans les situations d'urgence et après régulation par le SAMU centre 15, votre enfant sera orienté vers l'établissement de santé le mieux adapté. Il sera évacué soit par des transports sanitaires privés, soit par des véhicules du service départemental d'incendie et de secours, soit par une équipe médicale SMUR.

La famille est immédiatement avertie par nos soins pour accompagner son enfant ou le rejoindre à l'hôpital.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Le transport sanitaire sera remboursé par la sécurité sociale et éventuellement la mutuelle.

**Date du dernier vaccin antitétanique : .....**

**La photocopie des vaccinations à jour est OBLIGATOIRE pour les sections ASSP, CAP AEPE et IFAP (ainsi que le document qui vous sera donné sur le statut immunitaire).**

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre, ...).\*

.....  
.....

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

.....  
.....

**DOCUMENT NON CONFIDENTIEL A REMPLIR PAR LES FAMILLES A CHAQUE DEBUT D'ANNEE SCOLAIRE.**

**Un double sera remis aux transports sanitaires.**

\* 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.