** Année scolaire : 2020 – 2021**

**DOSSIER D’INSCRIPTION EN CLASSE DE PREMIERE**

**À REMPLIR PAR LA FAMILLE ET INSCRIPTION À L’ÉTABLISSEMENT**

**Elève :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** (en capitale imprimerie) | **Prénoms**  | **Né(e) le**  | **à** |
| **Sexe :** | **Nationalité :** | **Redoublant : Oui : ❑ Non : ❑** |
| **Numéro portable élève :**  |

**Situation parentale :**

 **❑** En couple **❑** Séparation amiable - **❑** Séparation par décision de justice \*

*\*transmettre obligatoirement une copie de la décision de justice ou l’extrait de la convention de divorce fixant la résidence habituelle de l’enfant*

 **❑** Père décédé **❑** Mère décédée

*Domicile de l’élève si parents séparés* :

 ❑ Chez son père ❑ Chez sa mère

 ❑ Garde partagée ❑ Autre (précisez) :

**Responsable légal et financier: ❑ Père / ❑ Mère / Autre :** (précisez)

|  |
| --- |
| **Nom et Prénom** |
| **Adresse** :  Code Postal : Commune :  | **❑ Autorise à communiquer son adresse aux fédérations de parents d’élèves et aux transporteurs** |
| **Téléphone** :Domicile : Professionnel : Portable : Mail :  | **❑ Autorise les SMS**  **En cas d’urgences et pour signaler les absences**  |
| **Profession :** | **Signature** : |
| **Autre Responsable légal : ❑ Père / ❑ Mère / Autre :** (précisez)  |
| **Nom et Prénom** |
| **Adresse** :  Code Postal : Commune :  | **❑ Autorise à communiquer son adresse aux fédérations de parents d’élèves et aux transporteurs** |
| **Téléphone** :Domicile : Professionnel : Portable : Mail :  | **❑ Autorise les SMS**  **En cas d’urgences et pour signaler les absences**  |
| **Profession :** | **Signature** : |
|  |  |
| **Autre personne à contacter en cas d’urgence :** | *(préciser coordonnées téléphoniques et lien de parenté)*  |

**Régime** :

 **❑** Interne **❑** Externe **❑** Demi-pensionnaire

**Rappel : il n’est possible de changer de régime qu’en fin de trimestre civil. L’absence à un repas ou à l’internat doit faire l’objet d’une demande écrite (comme pour les absences en cours) auprès des CPE.**

**Autorisations de sorties**

Se référer au Règlement Intérieur.

Si vous souhaitez restreindre les autorisations, merci d’adresser un courrier à la vie scolaire.

**Transport scolaire :** **❑** Autocar / **❑** SNCF **❑** Voiture personnelle

 Ligne :

**Elève Boursier :**  Oui : **❑** Non : **❑** Demande en cours : **❑**

**Assurance scolaire :** Société :

 ***Joindre impérativement une attestation***

**Scolarité antérieure:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Année scolaire | **Classes** | Nom des établissements fréquentés | Diplômes obtenus |
| 20 - 20 |  |  |  |
| 20 - 20 |  |  |  |
| 20 - 20 |  |  |  |
| 20 - 20 |  |  |  |

**Scolarité :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Si section** | □ Atelier Foot | Attention : il n’est pas possible de cumuler ces sections |
| □ SSS Handball |
| □ Euro Anglais |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LVA / LVB** | □ Anglais LVA / Allemand LVB | □ Anglais LVA / Espagnol LVB |
| **Spécialités Bac Général** |  | **Choisir 3 spécialités**  |
| ❑ | Histoire Géographie, géopolitique et sciences politiques |
| ❑ | Humanités, Littérature et Philosophie |
| ❑ | Langues, Littératures et Cultures étrangères Anglais |
| ❑ | Mathématiques |
| ❑ | Physique Chimie |
| ❑ | Sciences de la Vie et de la Terre |
| ❑ | Sciences Économiques et Sociales |
| **Bac Technologique** | ❑ | STMG |
| **Option 1 facultative***(Non modifiable**à la rentrée)* | 🞏 LV3 Allemand sauf STMG | **1 seul choix possible** |
| 🞏 Latin sauf STMG |
| 🞏 Théâtre |
| 🞏 Arts plastiques |
| 🞏 EPS |
| **Option 2 facultative** | 🞏 Latin | **Seul le cumul d'option peut être pris en 2ème option. Le lycée ne s’engage pas à maintenir l’option jusqu’en terminale.** |

**PIÈCES À FOURNIR**

|  |  |
| --- | --- |
| **Décision de justice ou extrait de la convention de divorce fixant la résidence habituelle de l’enfant** |  |
| **Attestation d’assurance scolaire obligatoire** |  |
| **Relevé d’Identité Bancaire** |  |
| **Photocopie des pages de vaccinations obligatoires du carnet de santé** |  |
| **Appel à cotisation pour l’Association Sportive** (*facultatif*) |  |
| **Appel à cotisation du Foyer Socio Educatif** *(facultatif)* |  |
| **Appel à cotisation FCPE** |  |

**Pour les nouveaux élèves fournir également :**

* **Photocopie Livret de Famille**
* **Photocopie Pièce d’Identité**

# logo en**lycee polyvalent de haute auvergne**

**20 rue Marcellin Boudet, BP 41 15101 saint-flour cedex**

**Tel : 04 71 60 05 50 – Fax 04 71 60 50 80**

E-mail : **ce.0150030B@ac-clermont.fr**

**Fiche Vie Scolaire 2020 – 2021**

***Nom, prénom*** *:* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Classe :

Date de naissance :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° portable élève :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Régime : Externe Demi-pensionnaire Interne *(entourer votre choix)*

***Responsables****:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Responsable 1 (à joindre en priorité) | Responsable 2 |
| Lien de parenté avec l’élève |  |  |
| Nom, prénom |  |  |
| N° téléphone domicile |  |  |
| N° téléphone portable |  |  |
| Accepte l’envoie de SMS |  |  |

Situation familiale des parents : En couple – Divorcés – Père décédé – Mère décédée (2)

Chez qui l'enfant vit-il ? Parents - Père seul - Mère seule - Grands-parents – autres  (2)

*Remarques particulières* :

***Transport scolaire*** : 🞏 Autocar ligne : 🞏 Voiture personnelle

 🞏 SNCF ligne :

***Assurance scolaire* :** Société : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ***Joindre une attestation***

***Autorisation droit à l’image* :**

🞏 **Je donne mon accord à** : 🞏 **Je ne donne pas mon accord à** :

 ***→ la diffusion de représentations photographiques de mon enfant :***

 ***→ la diffusion d’enregistrements sonores de sa voix***

 ***→ la diffusion de créations réalisées par mon enfant en classe***

* Un élève non autorisé qui sortirait du lycée s’exposera à une mesure disciplinaire. Les familles qui souhaiteraient restreindre les possibilités de sortie de leur enfant doivent en informer par écrit les CPE. L’établissement pourra être amené à retirer ou suspendre les droits de sortie à tout moment.
* Toute absence en cours, à l’internat, aux repas (24h à l’avance) doit être signalée à la Vie scolaire, par téléphone ou par mail. Toute demande de sortie exceptionnelle doit être faite auprès des CPE, par écrit (mail ou courrier). Adresse mail : vie-scolaire1.0150030B@ac-clermont.fr ou par la messagerie Pronote.

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature précédée de la mention manuscrite "LU et APPROUVE"

Les parents L'élève

**Elève Interne** (Cocher la case choisie)

**Le Mercredi** Mon enfant ……………………………………………. pourra sortir, sous ma responsabilité :

🞎 après le repas jusqu’à 18h45 ***(ou 17h 00 pour les élèves de 3ème Prépapro***)

🞎 avant le repas jusqu’à 18h45

🞎 après le repas jusqu’au jeudi matin

🞎 avant le repas jusqu’ au jeudi matin

***Remarques particulières*** : ……………………………………………………………………..…………………………………………………………

**Rappel Règlement intérieur :**

**Régime de sortie**

* **Pour les élèves de 3èmes et 2des** :

|  |  |
| --- | --- |
| **Élèves externes** | * L’élève entre pour sa première heure de cours de la demi-journée pour sortir après la dernière.
 |
| **Élèves demi-pensionnaires** | * L’élève entre pour la première heure de cours de la matinée et en sort dès la dernière heure de cours de l’après-midi.
 |
| **Sortie libre possible sur le temps de midi*:*** | * Les élèves de seconde ont la possibilité de quitter l’établissement dès la fin du repas et ce, jusqu’à 14 heures maximum, ou avant selon leur emploi du temps.
* Etant donné leur statut de collégien, pour la pause méridienne, les élèves de 3e ne sont pas autorisés à sortir de l’établissement.
 |

* **Les élèves de 1ères, terminales et les étudiants** sont autorisés à quitter l’établissement lorsqu’ils n’ont pas cours. La présence au repas reste néanmoins obligatoire, sauf demande écrite exceptionnelle parvenue au moins 24h avant le repas concerné.

**Régime de sortie élèves internes**

|  |
| --- |
| Etant donné leur statut de collégien, les **élèves de 3e** ne sont pas autorisés à sortir de l’établissement, sauf le mercredi après le déjeuner jusqu’à 17 heuresLes **élèves de 2nde** ont la possibilité de quitter l’établissement :* dès la fin du repas et ce, jusqu’à 14 heures maximum, ou avant selon leur emploi du temps.
* De 17h50 à 18h45
* Le mercredi après le déjeuner jusqu’à 18h45
* Le mercredi, avant ou après le déjeuner, jusqu’au jeudi matin

Les **élèves de 1ères, terminales** sont autorisés à quitter l’établissement s’ils n’ont pas cours. La présence aux repas reste néanmoins obligatoire, sauf demande écrite exceptionnelle.**Dès que l’élève a quitté le lycée, il se trouve sous la responsabilité de sa famille.** |

**Lycée de Haute Auvergne**

Fiche Intendance / Tarifs

*Les* ***TARIFS******2020*** *sont proposés par le Lycée et* ***votés*** *par le* ***Conseil Régional AuvergneRhôneAlpes.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Forfait **Internat** | Forfait **Demi-pension** | Repas Élève **Externe** |
| **1375.00 € / an** Forfait 175 jours | **548.00 €**  / anForfait 175 jours | **4.85 € / repas**à l’occasion / hors Forfait |
| soit **7.86 € par jour** *(1 petit-déjeuner + 1 repas midi + 1 repas soir + 1 nuitée)* | soit **3.13 € par repas****5** repas (forfait midi) par semaine |  |

*NB : places à* ***l’internat pour les BTS****:*

*Il est à noter que l’accueil des étudiants BTS internes - est possible* ***uniquement s’il reste des places*** *après* ***accueil des élèves lycéens*** *(selon Conseil Régional AuvergneRhôneAlpes, propriétaire des locaux et responsable du service hébergement des lycées).*

**REGLEMENT / PAIEMENT** : plutôt que des **chèques** ou **espèces**, qui sont bien entendus acceptés, nous conseillons aux familles de **réaliser des virements** **bancaires** (gratuits) sur le compte du Lycée :

*LYCEE HAUTE AUVERGNE FR76 1007 1150 0000 0010 0002 927 TRPUFRP1*

* à échéance (sur **facture trimestrielle transmise par le Lycée**)

ou

* de demander **dès l’inscription** en juin/juillet (ou à la rentrée sinon) une **estimation annuelle** qui pourra entrainer la mise en placed’un **échéancier dès SEPTEMBRE ;** ensuite, il n’y a plus qu’à programmer vos virements mensuels.

**REMISES** : sont notamment déduits des factures :

 - périodes de **stage obligatoire**

 - jours de **voyages scolaires**

 - absence à/c de **5 jours** d’absence **si** **certificat médical** fourni

**FONDS SOCIAUX** :

Des **aides exceptionnelles** peuvent être accordées par trimestre par le Lycée, **sur demande des familles**, essentiellement pour le règlement des frais de pension et de demi-pension.

Une commission se réunit au moins une fois par trimestre avec l’**assistant(e) social(e)** du Lycée.

**BOURSES** :

Elèves de **3ème PM** : les dossiers de demande de bourse sont à déposer par les familles de **septembre à octobre** de l’année de scolaritéau **Lycée**.

Elèves de **seconde** : les dossiers sont traités en amont par le **Collège d’origine** au **mois de Mai** précédent leur scolarité au Lycée.

Ces bourses sont reportées automatiquement **pendant toute la scolarité au Lycée** ; des contrôles de ressources peuvent être demandés.

Les **bourses du supérieur** (**BTS**) ne sont pas traitées par le Lycée (mais par le **CROUS** qui les attribue directement à la famille) ; ces sommes ne peuvent donc être directement déduites des forfaits de pension et de demi-pension.



Année scolaire 2020/21

Madame, Monsieur,

Le ***Foyer Socio Educatif*** est une association présidée par un élève majeur et gérée par des élèves et des adultes. Il a pour vocation de promouvoir l’épanouissement collectif et culturel des élèves. Il encourage la création de clubs (théâtre, musculation, journal, boxe …), organise des sorties le mercredi après-midi ou en soirée, et participe largement au financement des nombreuses sorties pédagogiques et voyages scolaires. Ses seules ressources viennent des familles. Par exemple et à titre indicatif, sur l’année 2018/19 :

|  |  |
| --- | --- |
| **Recettes** | **Dépenses** |
| **Cotisations familles** | 4166 € | **Internat animation** | 320 € |
| **Vente photo de classe** | 1417,32 € | **Sorties pédagogiques** | 1280 € |
|  |  | **Voyages** | 6670 € |

Pour lui permettre de continuer à jouer tout son rôle, je vous sollicite pour un versement par chèque à l’ordre du F.S.E. DU LYCÉE DE HAUTE AUVERGNE (Le montant est laissé à l’appréciation des familles, mais un montantminimum de 10 euros serait apprécié).

Je vous remercie par avance de votre contribution et vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

 Le Proviseur,

✂----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Bulletin de versement volontaire au FOYER SOCIO-EDUCATIF

Nom et prénom de l'élève : ...................................................... Classe ..........................

Le versement (par chèque si possible) est à effectuer à l'ordre du FSE du Lycée de Haute Auvergne**.**

Fait à ....................................., le ..........................................

Signature des parents ou de l'élève majeur,



LYCEE POLYVALENT DE HAUTE AUVERGNE SAINT-FLOUR

 FICHE n° 1 bis

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS**

***établie le …………………………………***

*(à remettre sous pli cacheté à l'attention de l'infirmière scolaire)*

-----

Fiche à compléter si votre enfant est :

* atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire
* susceptible de prendre un traitement d'urgence
* atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.

NOM ……………………………………. Prénom ………………….……………….

Adresse ………………………………………………………………………………………….

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

Tél ……………………………………… Tél. mobile ……………………………….

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement : (joindre photocopie ordonnance)

Médecin prescripteur :

Observations particulières :

|  |
| --- |
| **Demande des parents pour un Projet d'Accueil Individualisé (P.A.I) :** **OUI NON (entourer la réponse)****Dans les cas de troubles de la santé évoluant sur une longue période (diabète, épilepsie, allergie grave, dyslexie ou autre pathologie...), je souhaite prendre contact avec l'infirmière afin de prendre en compte la situation médicale de mon enfant (traitements ou soins particuliers, besoins spécifiques, protocole d'intervention en cas d'urgence..) en collaboration avec le Médecin de l'Education Nationale, dans le respect de la confidentialité (BOEN n°34 du 18 sept.2003)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| logo en | lycee polyvalent de haute auvergne**20 rue Marcellin Boudet, BP 41****15101 saint-flour cedex****Tel : 04 71 60 05 50 – Fax 04 71 60 50.80**E-mail : ce.0150030B@ac-clermont.fr |

 |  |
| **FICHE POUR LE SERVICE D’URGENCE DE L’HOPITAL (\*)****Nom de l’établissement ……………………………………. Année scolaire …………………………**Nom : ……………………………………………………………… Prénom : ………………….....…….……Classe : …………………………………………………………. ... Date de naissance …………....................Régime (1) : Interne – Demi-pensionnaire - Externe Lieu de naissance ……………………….N° et adresse du centre de sécurité sociale : …………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………….….………..N° et adresse de l’assurance scolaire : …………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………....\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_En cas d’accident, l’établissement s’efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :   **Père** : **Mère**:  Nom : ……………… Prénom :…………. Nom  :………………. Prénom :………….Tél Port  : …………. ………………. ……....... ….. Tél Port  :………………………………………. ‘’ Dom  : ………………………………………….. ‘’ Dom  :………………………………………. ‘’ Prof  :…………................................................. ‘’ Prof  :…………………………………………Adresse : ……………………………………………. Adresse :…………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………N°de Tél du responsable légal : ……………………………………………………………………………………... Tél Port élève :………………………………………………………………………………………………………... Nom et n° de téléphone d’une personne susceptible de vous prévenir rapidement : ……………………………………. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : …………………………………………………………………. ………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. ………………... **N’oubliez pas de remplir et signer** « LA DECLARATION DU RESPONSABLE LEGAL» TSVP → |

  |  |

 

Il est rappelé par le règlement intérieur de l’établissement que les élèves ne doivent avoir aucun médicament en

leur possession.

S’ils doivent suivre une prescription médicale pendant les heures de présence dans l’établissement, ils doivent

**déposer les médicaments à l’infirmerie** accompagnés de l’ordonnance ou d’une copie.

Dans le cas contraire, l’administration décline toute responsabilité en cas d’accident.

 

 ( A REMPLIR ET A SIGNER PAR LE RESPONSABLE LEGAL)

Je soussigné ( e ) Monsieur , Madame :……………………………………………………………………………….

reconnaît devoir accompagner mon enfant à l’hôpital **en cas de nécessité** ( exemple radio).

NOM : ……………………………. Prénom : …………………………. Classe : ………………………………

Dans l’impossibilité de me déplacer , j’autorise l’établissement à organiser le transport , **aller -retour** vers l’hôpital , par un véhicule approprié TAXI ou VSL ., et **je m’engage à régler les notes de frais dès réception**

 **Date et Signature**



Si votre enfant a un handicap ou une maladie invalidante nécessitant des aménagements particuliers , merci d’en aviser l’infirmière de l’établissement au Poste 338 pour établir avec vous un projet d’accueil individualisé , conformément à la circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l’accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

(1)Rayer les mentions inutiles

(\*) **DOCUMENT OBLIGATOIRE et NON CONFIDENTIEL** à remplir par les familles à chaque début d’année scolaire

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles , vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l’intention de l’infirmière.

ACADEMIE DE CLERMONT – FERRAND LYCEE POLYVALENT DE HAUTE AUVERGNE ANNEE SCOLAIRE :

SAINT – FLOUR

 FICHE n°1

**NOTE CONFIDENTIELLE**

A remplir par le responsable légal (chez qui l’enfant réside principalement) et à transmettre sous enveloppe fermée à l’Infirmière

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *IDENTITE DE L’ELEVE*NOM – PRENOM :…………………………………………………………………….Classe :….………………………...……………………………………………………Né(e) le :………………………à ……………………………………………………..Nom ( père ) :………………………….. Nom ( mère ) :……………………………Téléphone : …………………………… Téléphone : ……………………………Adresse :………………………………. Adresse :………………………………. ………………………………………….. …………………………………………. | A-t- il actuellement un problème de santé Si oui, lequel ? :…………………………………………..A-t-il un problème d’allergie ?Si oui lequel ? :……………………………………………A-t-il un traitement ?Si oui lequel ? : (voir ci-joint la fiche de renseignements médicaux confidentiels n° 1 bis)……………………………………………………….A-t-il été hospitalisé ? (maladie/accident…)Date :…………….. Cause : …………………………….A-t-il un problème de vision ?Si oui, lequel ? :……………………………………………..A-t-il un problème d’audition ? Si oui, lequel ? : …………………………………………….A-t-il des troubles du sommeil ? A-t-il un handicap ou une incapacité reconnu ?Si oui, précisez : ……………………………………………..A-t-il une inaptitude sportive ? Si oui (joindre le certificat médical)Autres points à signaler : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | non oui non oui non oui non oui non oui non oui non oui non oui non oui  |
| **DT Polio** : ( vaccinations obligatoires cf document : Annexe 1 ) Hépatite B : BCG :ROR :  ***Joindre la photocopie de la page du carnet de santé***  |
| - Taille actuelle : poids :   |

Date : Signature :