

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année 2025/2026

Inscription administrative - documents à fournir :

- ☐ La fiche de renseignements 2025/2026 complétée et signée,
- ☐ La fiche d'urgence médicale complétée,
- ☐ La fiche de renseignements médicaux confidentiels complétée et signée,
- ☐ La fiche de préinscription à l'internat (le cas échéant),
- ☐ 1 photocopie d'une pièce d'identité de l'élève recto-verso,
- ☐ 1 photocopie du jugement de divorce (le cas échéant),
- ☐ 1 photocopie de l'attestation de recensement ou de participation à la JDC si l'élève a plus de 16 ans,
- ☐ 1 photocopie de la carte vitale du responsable légal ou de l'élève s'il a plus de 16 ans,
- ☐ 4 photos d'identité très récentes, notées au nom de l'élève,
- ☐ 1 photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé, notées au nom de l'élève,
- ☐ RIB au nom de chacun des responsables légaux de l'élève (pour tous les élèves),
- ☐ L'attestation Equitables (lien pour l'éditer <https://calcullette-qf.iledefrance.fr/demarrage>),
- ☐ 1 photocopie du livret de famille complet.

Allocation de PFMP (ne concerne pas les STHR) - documents à fournir :

- ☐ L'autorisation parentale 2025/2026 complétée et signée pour le versement de l'allocation de PFMP (sauf STHR),
- ☐ 1 RIB au nom de l'élève ou du responsable légal signataire de l'autorisation parentale (obligatoirement au nom de l'élève si élève majeur) pour le versement de l'allocation de PFMP (sauf STHR),
- ☐ 1 photocopie recto-verso d'une d'identité du responsable légal signataire de l'autorisation parentale (sauf STHR).

FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2025/2026

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom :

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin

Prénom 1 : Prénom 2 : Prénom 3 :
(souligner le prénom d'usage)

Né(e) le : à : Département :

Nationalité :

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

☎ :

@ courriel :

SCOLARITÉ ANNÉE 2024/2025

Classe :

Etablissement : Ville :

LV1 : LV2 :

REPRÉSENTANT LÉGAL 1

PAIE LES FRAIS SCOLAIRES ☐

A CONTACTER EN PRIORITE ☐

PERÇOIT LES AIDES ☐

Nom de famille :

Nom d'usage :

Prénom :

Lien avec l'élève :

Adresse :

.....

Code postal : Commune :

☎ domicile : ☎ travail : ☎ portable OBLIGATOIRE :

@ courriel :

Catégorie socio-professionnelle code n° (voir liste sur feuille jointe)

Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves (OUI ou NON) :



ÉTUDE AUTOMATIQUE DU DROIT À BOURSE

J'accepte l'étude automatique de mon droit à bourse : ☐ Oui ☐ Non

Je complète les informations ci-dessous concernant le **représentant légal 1** :

Nom de famille : Nom d'usage :

Prénom 1 : Prénom 2 : Prénom 3 :

Date de naissance : Pays de naissance :

Département de naissance : Commune de naissance :

Vivez-vous en couple, sous le même toit, **sans être ni marié(e) ni pacsé(e) (concubinage)** ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, complétez la partie ci-dessous pour votre concubin(e) : votre concubin(e) paye ses impôts séparément, et pour l'étude du droit à bourse, il est nécessaire de récupérer également sa situation fiscale. Son accord est donc indispensable pour cette démarche.

Nom de famille : Civilité : Mme ☐ M. ☐

Nom d'usage :

Prénom 1 : Prénom 2 : Prénom 3 :

Date de naissance : Pays de naissance :

Département de naissance : Commune de naissance :

REPRÉSENTANT LÉGAL 2

PAIE LES FRAIS SCOLAIRES ☐

A CONTACTER EN PRIORITE ☐

PERÇOIT LES AIDES ☐

Nom de famille : Nom d'usage :

Prénom : Lien avec l'élève :

Adresse :

Code postal : Commune :

☎ domicile : ☎ travail : ☎ portable OBLIGATOIRE :

@ courriel :

Catégorie socio-professionnelle code n° (voir liste sur feuille jointe)

Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves (OUI ou NON) :

AUTRE PERSONNE À CONTACTER

Nom :

Prénom :

Lien avec l'élève :

☎ domicile : ☎ travail : ☎ portable :

Je certifie l'exactitude des informations renseignées ci-dessus

Date :

Signature de l'élève :

Signature du représentant légal :

Catégorie socio-professionnelle :

Code	Libellé	Code	Libellé
AGRICULTEURS EXPLOITANTS		OUVRIERS	
10	Agriculteurs exploitants	62	Ouvriers qualifiés de type industriel
ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE		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
CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES		68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
31	Professions libérales	69	Ouvriers agricoles
33	Cadres de la fonction publique	RETRAITES	
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
PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES		77	Anciens employés
42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés	78	Anciens ouvriers
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social	PERSONNES SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	
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)
EMPLOYES			
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		

ANNEE SCOLAIRE 2025/2026

FICHE D'URGENCE MEDICALE *

*document non confidentiel à remplir par les familles chaque année. 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.

NOM : **PRENOM :**

Classe : **Date de naissance :** /___/___/___

Établissement d'origine (nom et adresse) :
.....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :
.....

Numéro de sécurité sociale : /___/___/___/___/___/___/___

Nom et adresse du centre de sécurité sociale :
.....

Numéro, nom et adresse de l'assurance scolaire :
.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Pour cela, merci de nous communiquer au minimum, un numéro de téléphone et de **nous tenir informé de toute modification en cours d'année.**

Téléphone du domicile : /___/___/___/___/___

Téléphone du travail de la mère : /___/___/___/___/___ **Portable de la mère :** /___/___/___/___/___

Téléphone du travail du père : /___/___/___/___/___ **Portable du père :** /___/___/___/___/___

Nom et numéro d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :
.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital seulement accompagné de sa famille. Seul le médecin du SAMU peut décider du mode de transport et s'il prescrit une ambulance privée, le coût du transport est à la charge de la famille (remboursement possible par la Sécurité Sociale et votre mutuelle).

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

Observations particulières que vous jugez 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 (réfèrent) :
.....

Le représentant légal

Date

Signature

Année scolaire 2025 / 2026

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS *

à remettre au chef d'établissement **sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire.*

Fiche à compléter si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant sa présence au lycée (internat compris)
- 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 : **PRENOM :**

Adresse :

Téléphone : / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ **Portable :** / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Maladie dont souffre votre enfant ** :

.....
.....

Traitement :

Médecin prescripteur :

Observations particulières :

.....

****Cette fiche n'est pas obligatoire ; il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée. Inscrivez **NÉANT** si votre enfant ne souffre d'aucune maladie.**

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un **projet d'accueil individualisé (PAI)**, 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.

Vu et pris connaissance,

Le représentant légal

Date

Signature



INFORMATIONS INTERNAT

Madame, Monsieur,

Vous avez demandé l'inscription de votre enfant à l'internat du lycée Antonin Carême pour l'année scolaire 2025/2026, la décision d'accueillir ou non votre enfant à l'internat sera prise par la commission dédiée, **début juillet 2025**. Une réponse vous sera ensuite adressée par courrier.

Dans l'attente de cette réponse voici quelques informations qui pourront vous être utiles.

L'inscription à l'internat entraîne l'acceptation de la charte et du règlement intérieur de l'internat votés par le Conseil d'Administration du lycée.

COUT DE LA PENSION :

Le coût de base annuel est d'environ 1 800,00 €, hors application du quotient familial (le tarif est défini par la Région Ile de France et modifié au 1^{er} janvier de chaque année).

Les factures sont émises par trimestre : en octobre, janvier, avril et sont à payer immédiatement.

Les périodes de congés scolaires sont prises en compte dans le calcul du forfait.

Les périodes de PFMP seront déduites au cas par cas.

Si votre demande d'inscription à l'internat est validée par la commission, l'accueil des internes aura lieu le samedi 30 août le matin.

PIECES A FOURNIR LORS DE L'ACCUEIL A L'INTERNAT LE 30/08/2025 :

- Le règlement intérieur de l'internat signé par les responsables légaux et l'élève

TROUSSEAU :

L'établissement met à la disposition de l'élève interne : un protège matelas (alèse), une couverture en laine et un tapis de douche.

Le linge de lit doit obligatoirement être lavé et changé tous les 15 jours.

Les dimensions de la literie sont 90x200cm.

Merci de fournir à votre enfant :

- Un drap housse (en complément du protège matelas)
- Un drap plat (s'il utilise la couverture fournie)
- Une couette et une housse de couette
- Un oreiller et une taie d'oreiller
- Du linge de toilette (serviettes, peignoir, chaussons...)
- Des produits d'hygiène corporelle
- Tous les vêtements nécessaires pour la semaine et la tenue professionnelle (pas de laverie)

PREINSCRIPTION INTERNAT 2025

Attention : L'inscription à l'internat entraîne l'acceptation de la charte et du règlement intérieur de l'internat votés par le Conseil d'Administration du lycée.

IDENTITE DE L'ELEVE :

NOM :

Prénom :

Classe :

Adresse :

.....

.....

Téléphone portable de l'élève :

Suivi médical particulier : ☐ oui ☐ non**REPRESENTANT LEGAL 1 :**

NOM :

Prénom :

Lien avec l'élève :

Adresse :

.....

.....

N° de portable :

N° de tél fixe :

Adresse mail :@.....

REPRESENTANT LEGAL 2 :

NOM :

Prénom :

Lien avec l'élève :

Adresse :

.....

.....

N° de portable :

N° de tél fixe :

Adresse mail :@.....

AUTRE RESPONSABLE OU PERSONNE A CONTACTER :

NOM :

Prénom :

Lien avec l'élève :

N° de portable :

N° de tél fixe :

MOTIVATIONS DE LA DEMANDE

Fait à Savigny le Temple, le :

Signature des responsables légaux :

AVIS DE LA COMMISSION (cadre réservé à l'administration) :

- ☐ validé
- ☐ refusé
- ☐ en attente

motif :

Signature du Chef d'établissement :

NOM :

Prénom :

Classe:

FICHE INTENDANCE

2025/2026

**AGRAFER DANS CE CADRE LES RIB
DE CHACUN DES REPRÉSENTANTS LÉGAUX**

RIB du représentant légal 1

RIB du représentant légal 2

Autorisation du représentant légal

Année scolaire 2025-2026

Allocation en faveur des lycéens de la voie professionnelle dans le cadre de la valorisation des périodes de formation en milieu professionnel

Je soussigné (e) (Nom, prénom) : _____

Représentant légal de l'élève mineur :

(Nom, prénoms) _____

Né(e) le _____ à _____

Inscrit au lycée (nom) _____ (ville) _____

En classe de (niveau, diplôme, spécialité) _____

☐ Autorise ce(tte) dernier(e) à recevoir sur son compte bancaire le virement de l'allocation dans le cadre de la valorisation des périodes de formation en milieu professionnel.

☐ N'autorise pas ce(tte) dernier(e) à bénéficier de l'allocation en faveur des lycéens professionnels dans le cadre de la valorisation des périodes de formation en milieu professionnel. À ce titre, l'allocation est versée sur mon compte en tant que représentant légal de l'élève mineur (joindre RIB).

Conformément à l'arrêté du 11 août 2023 déterminant les montants et les conditions de versement de l'allocation aux lycéens de la voie professionnelle engagés dans des périodes de formation en milieu professionnel, **cette autorisation doit être accompagnée d'une copie de la pièce prouvant le lien entre le représentant légal et l'élève mineur ci-dessus mentionné (livret de famille, ...).**

En conformité avec ce choix, je :

- Certifie que les coordonnées bancaires transmises à l'établissement dont dépend _____ sont exactes ;
- Demande et accepte que tous les versements relatifs à l'allocation susmentionnée soient réalisés sur ces coordonnées de paiement pour la période relative à l'année scolaire en cours.

En cas d'erreur ou de modification des coordonnées bancaires au cours de l'année, le bénéficiaire et son représentant légal s'engagent à en informer l'établissement dont le bénéficiaire dépend et à lui communiquer dans les plus brefs délais un nouveau relevé d'identité bancaire.

En cas de changement d'établissement dans l'année, une nouvelle autorisation du représentant légal doit être transmise au nouvel lycée d'accueil.

Je reconnais être informé(e) des dispositions des articles 441-6 et 441-7 du Code pénal, ce dernier prévoyant

« [...] qu'« est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende le fait :

1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ;

2° De falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère ;

3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié.

Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui. »

Les informations que nous vous demandons au moyen de cette autorisation sont nécessaires pour le versement de l'allocation en faveur des lycéens de la voie professionnelle.

Ces informations sont enregistrées dans le traitement de données Aplypro, mis en place sous la responsabilité du ministère de l'éducation nationale pour le respect d'une obligation légale au sens du c) du 1 de l'article 6 du RGPD. Vous pouvez exercer votre droit de retrait du consentement sur cette autorisation auprès de l'établissement dont le bénéficiaire dépend.

Pour en savoir plus sur l'utilisation de vos données personnelles et sur l'exercice de vos droits dans le cadre de l'application Aplypro, vous pouvez consulter les mentions informatives relatives à la protection de données à caractère personnel disponibles sur la décision d'attribution annuelle remise à l'élève bénéficiaire.

Date et signature du représentant légal

NOM :

Prénom :

Classe:

RIB ALLOCATION PFMP

2025/2026

**AGRAFER OU COLLER DANS CE CADRE LE RIB
DE L'ÉLÈVE OU DU RESPONSABLE LEGAL**

Obligatoire pour tous les élèves (sauf STHR)

RIB de l'élève obligatoire pour les élèves majeurs

