



**Fiche de renseignements élève (1ère partie)**

**Identité de l'élève**

Numéro interne : \_\_\_\_\_ Numéro national : \_\_\_\_\_ Date d'entrée dans l'établissement : \_\_\_\_\_  
 Nom : \_\_\_\_\_  
 Prénoms : \_\_\_\_\_  
 Né(e) le : \_\_\_\_\_ Code département : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
 Nationalité : \_\_\_\_\_ Sexe (M ou F) : \_\_\_\_\_

**Scolarité de l'année en cours**

Formation : \_\_\_\_\_  
 Spécialité : \_\_\_\_\_  
 Division : \_\_\_\_\_ Doublement (O ou N) : \_\_\_\_\_  
 Régime : \_\_\_\_\_ Transport (O ou N) : \_\_\_\_\_

Restauration :

	Midi	Soir	Midi	Soir
Lundi			Jeudi	
Mardi			Vendredi	
Mercredi			Samedi	

Options :

1 : \_\_\_\_\_ 5 : \_\_\_\_\_  
 2 : \_\_\_\_\_ 6 : \_\_\_\_\_  
 3 : \_\_\_\_\_ 7 : \_\_\_\_\_  
 4 : \_\_\_\_\_ 8 : \_\_\_\_\_  
 9 : \_\_\_\_\_  
 10 : \_\_\_\_\_  
 11 : \_\_\_\_\_  
 12 : \_\_\_\_\_

**Scolarité de l'année précédente**

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Code département : \_\_\_\_\_  
 Provenance : \_\_\_\_\_  
 Formation : \_\_\_\_\_  
 Spécialité : \_\_\_\_\_  
 Options :

1 : \_\_\_\_\_ 5 : \_\_\_\_\_  
 2 : \_\_\_\_\_ 6 : \_\_\_\_\_  
 3 : \_\_\_\_\_ 7 : \_\_\_\_\_  
 4 : \_\_\_\_\_ 8 : \_\_\_\_\_  
 9 : \_\_\_\_\_  
 10 : \_\_\_\_\_  
 11 : \_\_\_\_\_  
 12 : \_\_\_\_\_

Fiche de renseignements élève (2ème partie)

Nom - prénom de l'élève : \_\_\_\_\_ Division : \_\_\_\_\_

**Représentant légal**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_  
 portable : \_\_\_\_\_  
 domicile : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_  
 @ courriel : \_\_\_\_\_ Acceptez-vous de recevoir des SMS (O ou N) : \_\_\_\_\_  
 Profession ou catégorie socio-professionnelle ( code) : \_\_\_\_\_ (voir la liste jointe pour déterminer le code correspondant à votre situation)  
 Nombre d'enfants à charge en lycée et collège public : \_\_\_\_\_ Nombre total d'enfants à charge : \_\_\_\_\_  
 Autorisez-vous la communication de votre adresse postale et votre courriel aux associations de parents d'élèves (O ou N) : \_\_\_\_\_

**Représentant légal**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_  
 portable : \_\_\_\_\_  
 domicile : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_  
 @ courriel : \_\_\_\_\_ Acceptez-vous de recevoir des SMS (O ou N) : \_\_\_\_\_  
 Profession ou catégorie socio-professionnelle ( code) : \_\_\_\_\_ (voir la liste jointe pour déterminer le code correspondant à votre situation)  
 Nombre d'enfants à charge en lycée et collège public : \_\_\_\_\_ Nombre total d'enfants à charge : \_\_\_\_\_  
 Autorisez-vous la communication de votre adresse postale et votre courriel aux associations de parents d'élèves (O ou N) : \_\_\_\_\_

**Personne à prévenir**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 domicile : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_  
 @ courriel : \_\_\_\_\_  
 Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
 portable : \_\_\_\_\_  
 Acceptez-vous de recevoir des SMS (O ou N) : \_\_\_\_\_

**Adresse de l'élève**

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Commune : \_\_\_\_\_  
 Pays : \_\_\_\_\_  
 domicile : \_\_\_\_\_ travail : \_\_\_\_\_  
 @ courriel : \_\_\_\_\_ Acceptez-vous de recevoir des SMS (O ou N) : \_\_\_\_\_

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

Signature : \_\_\_\_\_

# LISTE DES PROFESSIONS ET CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES

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



## ANNEE SCOLAIRE 2018 – 2019

### FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS

NOM : ..... PRENOM : .....

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

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

.....

Nom et adresse du centre de Sécurité Sociale: .....

.....

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.  
Veuillez faciliter notre tâche en nous indiquant tous les numéros de téléphone possibles :

1 – N° de téléphone du domicile (fixe): ..... N° de tél portable : .....

2 – N° du travail du père : ..... Poste : .....

3 – N° du travail de la mère : ..... Poste : .....

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

.....

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

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans) .....

.....

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement  
( allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ) : .....

.....

**NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :** .....

.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté vers l'hôpital le mieux adapté selon les modalités définies par le SAMU. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de la famille.

Si votre enfant est atteint d'une maladie chronique, s'il est susceptible de prendre un traitement d'urgence, s'il est atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante, veuillez renseigner la fiche médicale confidentielle au verso et la transmettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin scolaire et/ou de l'infirmière scolaire, si vous le jugez nécessaire.

# FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(à remettre sous enveloppe cachetée, si vous le jugez nécessaire, 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 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.

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur :

Observations particulières :

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, 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,

Date :

Signature du représentant légal :

*Cette fiche n'est pas obligatoire ; il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée*

T. SVP





**Identification de l'élève et son responsable financier**  
(à savoir si l'élève est majeur il peut être son propre responsable financier)

**CLASSE : BTS SAM**

Nom : ..... Prénom : ..... Sexe :  M  F Né(e) le : / / à

Entré(e) dans l'établissement le : / / 20

Dossier de bourse déposé:  OUI  NON , si oui êtes vous boursier CROUS :  OUI  NON

Madame  Monsieur Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... PAYS : .....

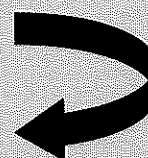
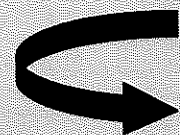
☎ Fixe: / / / / ☎ Portable: / / / / Mail : @

**Remboursement – Autorisation à remplir par le responsable financier**

Je soussigné(e),  Madame  Monsieur ....., responsable financier de l'élève  
....., en classe de ....., autorise l'agent comptable à verser le solde de crédit du compte  
restauration de mon enfant sur le compte suivant :

- Mon compte bancaire personnel (RIB joint à la fiche intendance)
- Virement interne à un tiers( frères, sœurs, cousins,...)
- Aide pour les réfugiés et sans papier
- Aide pour les difficultés sociales et financières
- Aide pour les voyages

**COLLER ICI UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (RIB)**  
**AU NOM DU RESPONSABLE FINANCIER**



**A joindre impérativement le jour de l'inscription :**

- Une photo d'identité si vous n'étiez pas inscrit au lycée Montebello l'année dernière pour carte d'accès.
- Un RIB au nom du **responsable financier** pour remboursements.
- Un Chèque de **35.00€** pour la restauration (10 repas) à l'Ordre de l'Agent Comptable du Lycée Montebello.

A..... le .....

**SIGNATURE**

**Cadre réservé à la vie de l'élève**

Sorti(e) le : / / 20

Boursier année en cours :  OUI  NON