

DOSSIER D'INSCRIPTION POUR LES NOUVEAUX ÉTUDIANTS

Le dossier d'inscription, les annexes ainsi que les fiches pédagogiques sont à compléter et à retourner conformément aux dates indiquées sur la notice explicative.

Cocher ci-dessous la classe suivie

ÉTUDIANTS

- | | | | | | | | |
|--------------------------|--|-----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> | BTS CJN (Collaborateur Juriste Notarial) | <input type="radio"/> | 1 ^{ère} année | <input type="radio"/> | 2 ^{ème} année | | |
| <input type="checkbox"/> | BTS CG (Comptabilité Gestion) | <input type="radio"/> | 1 ^{ère} année | <input type="radio"/> | 2 ^{ème} année | | |
| <input type="checkbox"/> | BTS SAM (Support à l'Action Managériale) | <input type="radio"/> | 1 ^{ère} année | <input type="radio"/> | 2 ^{ème} année | | |
| <input type="checkbox"/> | DCG | <input type="radio"/> | 1 ^{ère} année | <input type="radio"/> | 2 ^{ème} année | <input type="radio"/> | 3 ^{ème} année |
| <input type="checkbox"/> | CPGE | <input type="radio"/> | PCSI | <input type="radio"/> | PC | <input type="radio"/> | PSI |

Pour les étudiants de BTS en 1^{ère} et 2^{ème} année, vous avez la possibilité de choisir entre un statut d'étudiants en apprentissage ou scolaire :

- Statut scolaire En apprentissage

Identité de l'élève/ étudiant :

Numéro national : _____ Date d'entrée dans l'établissement : _____ (réservé à l'administration)

NOM DE L'ÉTUDIANT : _____ Prénom : _____
Né(e) le : _____ Pays de naissance : _____ Commune de naissance : _____
Nationalité : _____ Sexe (M/F) : _____
Adresse de l'étudiant : _____
CP : _____ Ville : _____
Tél fixe de l'étudiant : _____ Tél portable de l'étudiant : _____
Mèl : _____
Étudiant majeur ou émancipé: OUI NON

RÉGIME : Externe Demi-pensionnaire Interne

Scolarité à la rentrée :

Classe ou formation : _____

Transports scolaires : OUI NON

Langues : LVA _____ LVB _____

Responsable légal 1


NOM: _____ Prénom: _____ Lien de parenté: _____

Adresse: _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays: _____

Domicile: _____ Travail: _____ Portable: _____

: Acceptez-vous les SMS ? OUI NON

: _____ OUI NON

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

Nombre d'enfants à charge au lycée Aristide Briand: _____ Nombre total d'enfants à charge : _____

Profession : Code profession (voir ci-après) : _____

Responsable légal 2

NOM: _____ Prénom: _____ Lien de parenté: _____

Adresse: _____

Code postal : _____ Ville : _____ Pays: _____

Domicile: _____ Travail: _____ Portable: _____

: Acceptez-vous les SMS ? OUI NON

: _____

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

Nombre d'enfants à charge au lycée Aristide Briand: _____ Nombre total d'enfants à charge : _____

Responsable à contacter en priorité si étudiant mineur : Resp. légal 1 Resp. légal 2

Profession : Code profession (voir ci-après) : _____

Codification «code profession»

AGRICULTEURS

10 – Agriculteurs exploitants

ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE

21-Artisans

22-Commerçants et assimilés

23-Chefs d'entreprises de dix 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'entreprises

PROFESSIONSINTERMÉDIAIRES

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 et 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 et chefs d'entreprises

73 –Anciens cadres

75-Anciennes professions intermédiaires

77– Anciens employés

78– Anciens ouvriers

AUTRES /INACTIFS

81-Chômeurs n'ayant jamais travaillé

83-Militaires du contingent

84 –Élèves, étudiants

85 –Personnes sans activité professionnelle ≤ de 60 ans (sauf retraités)

86 –Personnes diverses sans activité professionnelle ≥ 60 ans (sauf retraités)

FICHE D'URGENCE SECRÉTARIAT*

* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.
Un original est à remettre au professeur principal signé.

NOM : _____ Prénom : _____ Sexe (G/F) : _____

Classe : _____ Date de naissance : _____

Nom et adresse des représentants légaux : _____

N° de SS de l'élève ou du représentant légal : _____

Nom et adresse du centre de Sécurité sociale : _____

N° assurance scolaire : _____

Nom et adresse de la compagnie d'assurance : _____

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 peut sortir de l'hôpital uniquement accompagné de son représentant légal.**

Numéro de téléphone permettant de joindre les représentants légaux (portable, travail...)

Nom : _____ N° de téléphone : _____

Nom : _____ N° de téléphone : _____

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement ou correspondant pour les internes :

Nom : _____ N° de téléphone : _____

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : _____

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

Nom du Médecin traitant : _____

Adresse : _____

 : _____

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

Si besoin, vous pouvez joindre des informations sous pli cacheté à l'attention de l'infirmière de l'établissement ou du médecin traitant ou joindre l'infirmerie au 02.32.23.69.01

Signature du ou des responsables légaux:

Nom Prénom: _____

Lu et approuvé

Oui

**SERVICE RESTAURATION
FICHE D'INSCRIPTION**

**Document obligatoire à retourner
dûment complété et signé au service intendance**

ELEVE :

NOM : _____

Prénom : _____

Niveau : 2^{nde} 1^{ère} terminale supérieur «**Régime**»

REGIME cocher la case correspondante (une seule case)
(tarifs et conditions : voir le règlement intérieur *)

Externe	Demi-pensionnaire	Interne (1)
<input type="checkbox"/> prestation/ticket (occasionnellement)	<input type="checkbox"/> Forfait 4 jours (sans mercredi) <input type="checkbox"/> Forfait 5 jours (avec mercredi)	<input type="checkbox"/> 4 nuits : du lundi midi au vendredi midi <input type="checkbox"/> 5 nuits : du dimanche soir au vendredi midi
<input type="checkbox"/> externe (jamais)		<input type="checkbox"/> 5 nuits : du lundi midi au samedi matin <input type="checkbox"/> 6 nuits : du dimanche soir au samedi matin

NB : Pour les élèves du Lycée Professionnel : pas de cours le samedi matin

(1) Chèque de caution de 90.00 € à fournir lors de l'inscription.

RESPONSABLE LEGAL (RESPONSABLE FINANCIER)

Mme M.

NOM : Prénom :

Adresse mail : (**obligatoire**)

Extrait du règlement intérieur :

« L'inscription au service de restauration est valable pour toute l'année scolaire. Toutefois, elle peut être dénoncée par la famille, impérativement par écrit (mail, courrier...) à la fin de chaque trimestre, 15 jours avant l'expiration de celui-ci auprès du service d'intendance de l'établissement. »

MODE DE REGLEMENT : à l'intendance (**Bât A**) en espèces, Carte Bleue, virement, chèque bancaire libellé à l'ordre de l'Agent Comptable du Lycée A Briand (ne pas oublier d'indiquer le nom, prénom de l'élève au dos du chèque) pour externat et forfait ;

par prélèvement ou par educonnect seulement pour les règlements des forfaits demi pensionnaire et interne.

! LES ELEVES CONSERVENT LEUR BADGE DURANT TOUTE LEUR SCOLARITE AU LYCEE !

Je reconnais avoir pris connaissance du règlement du service d'hébergement (lien ci-dessous) et je m'engage à le respecter.

DATE
...../...../.....

SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL

SIGNATURE DE L'ELEVE

**JOINDRE UN RIB RECENT
(au nom du responsable financier)**

MANDAT DE PRELEVEMENT

Le présent mandat est valable jusqu'à annulation de votre part, à notifier en temps voulu au créancier.

UNIQUEMENT POUR LES FORFAITS DEMI PENSIONNAIRE ET INTERNE

Collez ou agrafez votre RIB au format IBAN/BIC ci-dessous SVP (pas de chèque barré)



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

(à remettre rempli et signé à l'établissement scolaire)

Référence Unique de Mandat :

Nom et prénom de l'élève : _____

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **LGT ARISTIDE BRIAND** à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **LGT ARISTIDE BRIAND**.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Nom, Prénom et Adresse du Débiteur (Responsable financier de l'élève)	Identifiant Créancier SEPA : FR38ZZ663291
NOM : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____	Nom et Adresse du Créancier NOM : Agent comptable - LGT ARISTIDE BRIAND Adresse : 2 RUE PIERRE SEMARD CS 73126 CP : 27031 Ville : EVREUX
Compte à Débiter (IBAN/BIC)	
IBAN : _____ BIC : _____	Type de paiement <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/Répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel

Signature du titulaire du Compte

A _____, le _____

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Ce document doit être rempli dans son intégralité par vos soins, même la désignation du compte à débiter ne saurait être complétée par les services administratifs. Tout manquement (information incorrectement ou non renseignée, RIB non joint...) entraînera la non exploitation du document.

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Nature de la prestation : Photos – Vidéos et Témoignages

NOM DE L'ELEVE : PRÉNOM : Classe :

ADRESSE :

E-MAIL : TÉLÉPHONE :

- ❖ La presse et la communication pourra filmer l'élève, le prendre en photo, l'interviewer et mettre en ligne son image et/ou sa voix et/ou la retranscription de son interview agissant :

en mon nom personnel (si vous êtes majeur(e))

j'accepte

je refuse

ou en tant que Représentant légal (si l'élève est mineur(e))

j'accepte

je refuse

avec obligation d'être cité nominativement

avec obligation de garder l'anonymat

Et donne bien volontiers l'autorisation expresse que mon (son) image et/ou ma (sa) voix et/ou mon (son) interview ainsi enregistrées soient utilisées en tout ou partie par reproduction et/ou retranscription en vue de la réalisation des éléments cités ci-dessus, et aux fins et/ou d'édition d'autres produits audiovisuels, radiophoniques, télévisuels multimédias, sites internet, papiers, relatifs à l'action industrielle et destinés à être diffusés et exploités à titre gratuit ou onéreux par la presse ou par ses partenaires, en France, à l'étranger, par tous modes et procédés connus ou inconnus à ce jour, sur tous supports, en tous formats. Les produits ainsi réalisés pourront également figurer sur des sites de partage tels que, à titre limitatif Youtube, Facebook, (...), intégralement ou partiellement et ce pendant toute la durée d'exploitation des dits produits dans la limite de 15 (quinze) ans à compter de la présente autorisation.

RECUEIL DE CONSENTEMENT POUR LA TRANSMISSION DU NOM ET COORDONNEES DE L'ELEVE AUX ASSOCIATIONS DE PARENTS D'ELEVES

La collecte et la transmission de vos coordonnées aux associations de parents d'élèves est un traitement mis en œuvre par le lycée Aristide Briand dont la base légale est le consentement (article D111-8 du code de l'éducation).

- ❖ Les associations de parents d'élèves pourront utiliser vos coordonnées afin de vous contacter dans le cadre de leur mission agissant :

en mon nom personnel (si vous êtes majeur(e))

j'autorise

je refuse

ou en tant que Représentant légal (si l'élève est mineur(e))

j'autorise

je refuse

NOM du représentant légal : PRÉNOM : CLASSE :

ADRESSE :

E-mail :

Fait à : Le :

Signature des représentants légaux si mineur(e)
précédée de la mention « lu et approuvé ».

Signature de l'élève majeur(e)
précédée de la mention « lu et approuvé ».

Vos droits sur les données vous concernant : conformément au cadre juridique sur la protection des données en vigueur (RGPD et Loi Informatique et Libertés modifiée) :

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier, demander leur effacement ou vous opposer à leur traitement. Vous disposez également d'un droit à la portabilité et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement au traitement de vos données.

Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez contacter la déléguée à la protection des données de l'académie de Normandie : dpd@ac-normandie.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL (3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex www.cnil.fr).