

FICHE PEDAGOGIQUE

BREVET DE TECHNICIEN SUPERIEUR 2^{ème} année

Nom de l'étudiant : _____ Prénoms: _____

Né(e): _____ À: _____ Redoublant(e): Oui Non

Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____

 élève : _____  _____ @ _____

RÉGIME : Externe Demi-pensionnaire Interne

1er Responsable légal : (à contacter en priorité)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____

 : _____  : _____  _____ @ _____

2ème Responsable légal :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____

 : _____  : _____  _____ @ _____

FILIERES-2 ^{ème} année (Cocher la case correspondante)	STATUT SCOLAIRE ou	STATUT APPRENTI
SAM2-SUPPORT A L'ACTION MANAGERIALE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CG2-COMPTABILITE ET GESTION DES ORGANISATIONS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CJN2 (Collaborateur Juriste Notarial)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rappel : LVA ANGLAIS obligatoire pour les BTS. Pour les BTS SAM, LVA Anglais + LVB Espagnol uniquement

Je m'engage à être présent(e) à tous les cours jusqu'à la fin de l'année scolaire.

Date: _____ Signature de l'étudiant

 Nom et Prénom: _____

Signature du ou des responsables légaux:

 Nom et Prénom : _____

Lu et approuvé

 Oui

Lu et approuvé

 Oui

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).

**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

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 : FR38ZZZ663291	
NOM : _____		Nom et Adresse du Créancier	
Prénom : _____		NOM : Agent comptable - LGT ARISTIDE BRIAND	
Adresse : _____		Adresse : 2 RUE PIERRE SEMARD	
CP : _____ Ville : _____		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 désignation du compte à débiter ne saurait administratifs. Tout manquement renseignée, RIB non joint...) entraînera la non

Lycée ARISTIDE BRIAND
2 rue Pierre Sépard
CS 73126
27031 Evreux Cedex
Mail : 0270016w@ac-normandie.fr
Téléphone : 02 32 23 69 00

intégralité par vos soins, même la être complétée par les services (information incorrectement ou non exploitation du document.

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 <input type="checkbox"/>