

## FICHE PEDAGOGIQUE

### DIPLOME COMPTABILITE GESTION 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> année

Nom de l'étudiant : \_\_\_\_\_ Prénoms: \_\_\_\_\_

Né(e): \_\_\_\_\_ À: \_\_\_\_\_ Redoublant(e):  Oui  Non

Adresse : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

 élève : \_\_\_\_\_  @ \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**RÉGIME :**       Externe       Demi-pensionnaire       Interne (selon situation particulière)

1er Responsable légal :(à contacter en priorité)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_  : \_\_\_\_\_  @ \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

2ème Responsable légal :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ CP : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_  : \_\_\_\_\_  @ \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

#### CHOIX (Cocher la case correspondante)

Diplôme Comptabilité Gestion 2ème année (DCG 2)

(sous réserve de l'obtention du BTS Comptabilité Gestion ou BUT)

Diplôme Comptabilité Gestion 3ème année (DCG 3)

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<sup>nde</sup>  1<sup>ère</sup>  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.

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

## 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"/>