

Nom :

Prénom :

Classe fréquentée en 2023/2024 :

Classe à la rentrée de Septembre 2024 :

DOSSIER DE REINSCRIPTION ETUDIANT 2024 - 2025

Madame, Monsieur,

Vous avez entre les mains le dossier de réinscription au lycée Polyvalent Charlie CHAPLIN pour un Brevet de Technicien Supérieur

PIECES A FOURNIR POUR TOUS LES ETUDIANTS

A/ DOCUMENTS A COMPLETER SOIGNEUSEMENT :

- La fiche de renseignements REMISE AU MOMENT DU DEPOT DU DOSSIER **A CORRIGER AU STYLO BILLE ROUGE si nécessaire (Important année d'examen = Adresses mails obligatoires)**
- La fiche intendance (Vous pouvez joindre un chèque de 10 repas soit 39.70 € à l'ordre de l'Agent comptable du Lycée Charlie CHAPLIN)
- La fiche d'urgence
- La fiche « Engagement laïcité »
- La fiche infirmerie
- La fiche confidentielle de renseignements médicaux (si nécessaire)

B/ DOCUMENTS A JOINDRE :

- 3 photos d'identité récentes, originales**, sans couvre-chef, format 3,5 x 4,5 cm **à glisser dans une enveloppe. Inscrire sur l'enveloppe et au dos des photos, le NOM et le Prénom de l'élève**
- Un R.I.B
- La **notification de bourse** du CROUS 2024-25 (si boursier)

⇒ Vous pouvez utiliser le service de **demi-pension** du lycée à votre convenance.

L'accès au self se fait par carte et par un système de prépaiement. Joindre à votre dossier d'inscription, où dès le jour de la rentrée, **un chèque de 39.70€ (10 repas)** à l'ordre de l'agent comptable du lycée Charlie CHAPLIN ;

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSE

FICHE SECRETARIAT 2024/2025

A remplir impérativement en majuscules - Entrée le 01/09/2024 en :
(cocher la/les cases correspondantes)

CAP		BAC			BTS		
<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année	<input type="checkbox"/> 2 nd e Générale et technologique	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère}	<input type="checkbox"/> Terminale	<input type="checkbox"/> 1 ^{ère} année	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} année	
<input type="checkbox"/> Electro	<input type="checkbox"/> MMCM		<input type="checkbox"/> générale	<input type="checkbox"/> techno	<input type="checkbox"/> MMCM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 3 ^{ème} Prépa METIERS			<input type="checkbox"/> pro	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> CIEL	ATI	Gestion de la PME

Photo

IDENTITE DE L'ELEVE

NOM : Prénoms : Nationalité : Né(e) le : Lieu de naissance :	Département / Pays de naissance : Tél portable de l'élève : Courriel :
--	--

Rang de l'enfant dans la fratrie : Ainé 2^{ème} 3^{ème} 4^{ème} 5^{ème}
 Nombre d'enfants dans la fratrie :
 Nombre d'enfants scolarisés en lycée ou collège public :
 Régime demandé : Externe Demi-pensionnaire Interne
 Boursier : Oui Non (Attention : nouveaux entrants avez-vous effectué la demande de bourse via Educonnect?)

SCOLARITE DE L'ANNEE PRECEDENTE 2023/2024

Nom de l'établissement :
 Commune : Classe :

RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1 (lieu de résidence de l'enfant)

Lien de parenté : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre : NOM : Prénom : Tél domicile : Tél travail : Tél portable :	Adresse : Code postal : Commune : Courriel : (obligatoire) Profession : En activité : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
---	--

Responsable légal 2

Lien de parenté : <input type="checkbox"/> père <input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> autre : NOM : Prénom : Tél domicile : Tél travail : Tél portable :	Adresse : Code postal : Commune : Courriel : (obligatoire) Profession : En activité : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
---	--

Responsable financier (Perçoit la bourse et paie les frais scolaires)

Responsable légal 1 Responsable légal 2

Autre personne à contacter en cas d'urgence (préciser le lien de parenté)

NOM – Prénom :
 Téléphone portable :

SIGNATURE DES PARENTS : Le Père Mère

Partie réservée à l'établissement / Date de sortie : .../.../20... / Date d'entrée : .../.../20...



Fiche intendance (à remplir même si l'élève ne mange pas à la cantine)

Identité de l'élève
Nom et Prénoms :
Né(e) le : à
Nationalité :

Inscription à la demi-pension 2024 / 2025	Demande d'internat 2024/ 2025	Dépôt de dossier de Bourses nationales pour 2024 / 2025
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Paiement par chèque à l'ordre de l'agent comptable lycée Chaplin Paiement en ligne – voir procédure auprès de l'intendance Paiement en espèces à l'intendance contre reçu	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <b style="color: red;">RIB au nom du demandeur de la Bourse ou au nom de M. et/ou Mme. Pas de RIB au nom de l'élève

Responsable légal 1 / Paie les frais de scolarité	Responsable légal 2 / Perçoit les aides (bourses ou remboursements) (merci de remplir cette partie aussi)
Nom : Prénom	Nom : Prénom.....
Adresse :	Adresse :
Code postal :	Code postal :
Commune :	Commune :
Date et Lieu de naissance :	Date et Lieu de naissance :
☎ domicile : ☎ portable :	☎ domicile : ☎ portable :
e-mail :	e-mail :
Profession :	Profession :
Nom et adresse de l'employeur :	Nom et adresse de l'employeur :
☎ travail :	☎ travail :

Joindre impérativement un relevé d'identité bancaire ou postal (si non boursier au nom du parent responsable de l'élève ou au nom de M. et/ou Mme. Pas de RIB au nom de l'élève).

Ce R.I.B est obligatoire même si l'élève ne mange pas à la cantine pour le paiement des bourses nationales et autres opérations financières (remboursement des trop perçus des voyages, etc.....).

**NOTE D'INFORMATION - INSCRIPTION ou REINSCRIPTION DANS L'ETABLISSEMENT
SCOLAIRE**

Année scolaire 2024-2025

Vu le règlement intérieur de l'établissement,

Vu le code de l'éducation, notamment ses articles L 145-1-1 (principe de laïcité), L511-1, R 511-1 à R511-11 (droits et obligations des élèves)

L'école est laïque. Elle est un lieu de neutralité où se forment les futurs citoyens dans le respect des principes républicains. Elle promeut l'égalité des droits et des devoirs entre les individus, refuse toutes les discriminations telles que définies par l'article 225-1 du code pénal. Elle est notamment engagée dans la lutte contre le racisme et l'antisémitisme et œuvre résolument à l'égalité entre les hommes et les femmes. Elle n'admet aucune forme de violence latente ou manifeste, morale, psychologique ou physique. Chacun est libre de ses convictions idéologiques ou religieuses ce qui impose un devoir de tolérance, de réserve et de respect et qui exclut tout prosélytisme qui pourrait porter atteinte à la liberté de conscience d'autrui.

Conformément aux dispositions de l'article L.141-5-1 du code de l'éducation, « le port de signes ou de tenues par lesquels les élèves manifestent ostensiblement une appartenance religieuse est interdit ».

Ainsi, les vêtements et signes qui, par leur nature ou par le comportement de l'élève manifestent une appartenance religieuse, sont interdits.

Cette interdiction s'impose dans l'enceinte scolaire et au cours des voyages et sorties scolaires, dès lors que les élèves ou étudiants sont sous la responsabilité de l'établissement ou des enseignants.

Toute inscription dans un établissement scolaire implique de respecter ces principes.

NOM et Prénom du responsable légal :

.....

Ecrire « vu et pris connaissance » :

Signature :

NOM et Prénom de l'élève :

.....

Ecrire « vu et pris connaissance » : Signature :

INFOS PRATIQUES

COORDONNEES DU LYCEE

Lycée Polyvalent CHARLIE CHAPLIN

Esplanade du Grand Large – CS50701 - 373, avenue Jean Jaurès - 69153 DECINES Cedex Téléphone : 04 72 05 63 90

Courriel : ce.0692800u@ac-lyon.fr - Site internet: www.lyceecharliechaplin.com

LE CERTIFICAT DE SCOLARITE

Dans la première semaine d'octobre, le certificat de scolarité est téléchargeable du compte Pronote des parents et uniquement des parents.

L'ASSURANCE SCOLAIRE

La souscription d'une assurance est vivement conseillée.

Elle est obligatoire (responsabilité civile et individuelle accident) pour pouvoir participer à toute activité facultative organisée dans le cadre du lycée.

Les fédérations de parents d'élèves peuvent vous présenter des propositions d'assurances scolaires. Vous trouverez celles-ci dans les documents qui sont distribués en début d'année scolaire.

LE SERVICE MEDICAL

VACCINATIONS RAPPEL IMPORTANT POUR TOUTES LES FILIERES

Le vaccin antitétanique (DTP) est obligatoire et peut entraîner la suspension de la scolarisation s'il n'est pas à jour. Nous vous invitons à faire le nécessaire avant l'inscription de votre enfant ou au plus tard pour la rentrée de septembre (fournir la copie du carnet de santé ou une attestation du médecin traitant).

Adresse internet du service infirmier : infirmieriechaplin@gmail.com

NOTES DIVERSES

FICHE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(à remettre, si vous le souhaitez, au directeur ou chef d'établissement sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin ou de l'infirmière scolaires)

Cette fiche est à compléter dans le cas où votre enfant est atteint de maladie chronique, de troubles de la santé évoluant sur une longue période et pour lesquels des aménagements de la scolarité et, en particulier, des soins ou prises de médicaments **pendant le temps scolaire** sont nécessaires.

A cet effet, un Projet d'Accueil Individualisé est mis au point, à votre demande et avec votre participation, sous l'autorité du directeur d'école ou du chef d'établissement, en concertation avec le médecin scolaire ou de PMI et l'infirmière scolaire.

Enfant (Nom, Prénom) :

Classe :

Ecole ou établissement scolaire :

Coordonnées des parents ou représentants légaux :

Nom, Prénom :

N° tél : domicile :portable :travail : Nom, Prénom :

.....

N° tél : domicile :portable :travail :

♦ Maladie dont est atteint votre enfant :

♦ Joindre, **sous pli cacheté confidentiel pour le médecin scolaire, de PMI**, les documents établis par votre médecin traitant :

- une ordonnance récente précisant les besoins thérapeutiques,
- un protocole d'urgence précisant les signes d'appel, les symptômes visibles, les mesures à prendre et les informations à donner aux médecins des services d'urgence dans le cas où la maladie évolue par crises ou par accès.

C'est à partir de ces éléments que le projet d'accueil individualisé sera rédigé par le médecin de l'établissement scolaire.

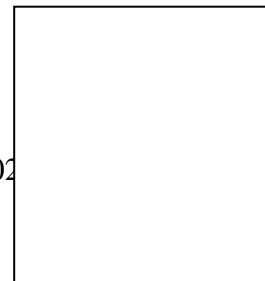
Pour mettre au point le projet d'accueil individualisé **vous devez prendre contact** avec le directeur d'école ou le chef d'établissement **ainsi** qu'auprès du médecin ou de l'infirmière scolaire ou du médecin de PMI selon le cas **et convenir d'un rendez-vous**.

Sans réponse de votre part l'état de santé de votre enfant sera considéré comme ne relevant pas d'un projet d'accueil individualisé.

Vu et pris connaissance le :

Le(s) représentant(s) légal(aux) (nom, prénom et signature)

Décines, le 01 Juin 202



Madame, Monsieur,

Votre enfant va être scolarisé au Lycée CHAPLIN à la rentrée 2024.

Afin que l'inscription soit complète, les parents doivent fournir aux infirmières scolaires les attestations relatives aux vaccinations en vigueur conformément aux textes ci-dessous :

- Décret 52-247 du 28/02/1952
- Circulaire du 23/04/1999
- Circulaire 99-070 du 14/05/1999
- Article L227-17 du code pénal modifié le 04/07/2005 et article 40-1 du code de procédure pénale modifié le 09/12/2016 (article 22)
- Décret 2018-42 du 25/01/2018.

Ces vaccinations obligatoires sont celles qui protègent contre la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. Ces vaccins peuvent se présenter sous différents noms : INFANRIX HEXA, HEXYON, INFANRIX QUINTA, PENTAVAC, TETRAVAC, INFANRIX TETRA, BOOSTRIX TETRA, REPEVAX, REVAXIS et VAXELIS.

Au moment de l'inscription cinq dates différentes d'injection doivent être notées sur le carnet de santé.

Lorsqu'une ou plusieurs vaccinations font défaut nous vous informons que **l'inscription est provisoire pour un délai de trois mois**, ce qui vous laisse le temps de faire les démarches nécessaires et de nous fournir un document attestant de la réalité de ces vaccinations.

Ce délai passé, j'ai obligation de signaler les faits au Parquet qui décidera des suites à donner.

Je vous informe également que, pour les élèves intégrant les sections d'enseignement professionnel, il sera interdit à tout élève non vacciné contre le tétanos d'exercer une quelconque activité en atelier.

Je vous remercie de vous mettre en accord avec la loi, afin d'éviter toute complication dans la scolarité de votre enfant.

C. GRILLET
Proviseur

FICHE D'URGENCE *
Destinée à l'équipe éducative

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

.....
.....

Adresse du centre de sécurité sociale :

.....

N° 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 donnant plusieurs numéros de téléphone :

1. N°téléphone du domicile :

2. N° de portable du père :de la mère :

3. N° du travail du père :

4. N° du travail de la mère :

5. Nom et tél 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 qu'accompagné de sa famille.

LES FRAIS ENGAGES SONT A LA CHARGE DES FAMILLES ET NON DE L'ETABLISSEMENT.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique (DTP) :

Observations particulières que vous jugerez utile 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 :

.....

* **DOCUMENT NON CONFIDENTIEL** à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin scolaire ou de l'infirmière scolaire de l'établissement.

FICHE INFIRMERIE

Rentrée septembre 2024
A remplir impérativement
Et à rendre avec le dossier d'inscription

ELEVE

NOM :
.....

Prénom :
.....

Classe à la rentrée 2022 :

Date de naissance :Lieu de naissance :
.....

Tél portable de l'élève :

Régime : Externe Demi-pensionnaire Interne

Nombre de frères : de sœurs :

Etablissement fréquenté l'an dernier :
.....

N° de S.S. de l'élève :

TEL EN CAS D'URGENCE :

RESPONSABLES LEGAUX

PHOTO
D'IDENTITE
OBLIGATOIRE

NOM – Prénom (Légal 1) :
.....

Profession :
.....

Adresse :
.....
.....

Tél portable : Tél domicile :
.....

N° de S.S. :

NOM – Prénom (Légal 2) :
.....

Profession :
.....

Adresse :
.....
.....

Tél portable : Tél domicile :
.....

N° de S.S. :

ASSURANCE SCOLAIRE :

Nom : Adresse :

N° de sociétaire :
.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant a-t-il des problèmes de santé ?

Asthme : Oui Non

Allergie : Oui Non

Si oui, lequel ou lesquels ? :

.....
.....

Diabète : Oui Non

Epilepsie : Oui Non

Votre enfant est-il sujet à :

Crise d'angoisse Spasmodie Tétanie Malaise vagal

Si oui, quelle est la prise en charge préconisée :

.....
.....

Maladie chronique : Oui Non

Si oui, laquelle ? :

.....

Votre enfant a-t-il des problèmes de vue ? Oui Non

Votre enfant a-t-il des problèmes d'audition ? Oui Non

Votre enfant a-t-il subi des opérations chirurgicales ? Oui Non

Si oui, laquelle ou lesquelles ? :

.....
.....

En quelle année ? :

.....

Date du dernier rappel de vaccination tétanos (DTP) :

.....

Dates des 2 vaccinations Rougeole Oreillons Rubéole (ROR) :

.....

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un P.A.I. durant sa scolarité ? : Oui Non

(PAI = Projet d'Accueil Individualisé)

Si oui, indiquez le problème de santé :

.....

Souhaitez-vous le renouvellement de ce P.A.I. au lycée ? Oui Non

Joindre les documents et bilans médicaux sous pli cacheté.

Troubles des apprentissages :

Votre enfant a-t-il un dossier MDMPH ? Oui Non

(MDMPH = Maison Départementale Métropolitaine des personnes handicapées)

A-t-il bénéficié d'un P.A.P. durant sa scolarité ? Oui Non

(PAP = Projet d'Accueil Personnalisé)

Joindre les documents et bilans médicaux sous pli cacheté.

A-t-il bénéficié d'un tiers temps au brevet des collèges ? Oui Non

Pour quelles raisons ? : Dyslexie Dysorthographe Dyscalculie

Dyspraxie Dysphasie TDA/H Haut potentiel Dysgraphie

Nom et téléphone du médecin traitant :

.....
.....

Information(s) que vous souhaitez nous communiquer :

.....
.....

.....
.....

Nom, Prénom, Signature du responsable légal :