

Lormont, le 9 juin 2020

Madame, Monsieur,

Merci de nous rapporter pour la constitution du dossier d'inscription de votre enfant :

1. **La fiche d'inscription**
2. **Les documents** d'inscription au service **de restauration, de demande d'internat ainsi que l'autorisation à la reconnaissance biométrique** signés par le représentant légal financier (le parent assumant la charge financière de l'internat ou de la cantine)
3. **L'adhésion éventuelle à la MDL** (chèque de 10 Euros à l'ordre de la MDL du Lycée J. Brel, tout paiement en espèces fera l'objet d'un reçu)
4. **Une photo récente** (inscrire le nom de l'élève au dos de la photo)
5. **Un RIB** du responsable financier destiné au versement des bourses ou remboursements des frais divers (pensez à noter le nom de l'élève au dos du RIB si différent des parents)
6. **La photocopie de l'attestation de sécurité sociale** de l'élève ou du parent assuré social pour les moins de 16 ans
7. **La copie du livret de famille et si divorce ou séparation : le document complet du jugement**
8. **La copie de la pièce d'identité nationale** de l'élève
9. **La fiche infirmerie**
10. **Questionnaire médical et l'autorisation de création du dossier médical numérique ESCULAPE**
11. **La fiche d'adhésion éventuelle à UNSS**

LES DOSSIERS IMCOMPLETS NE FERONT L'OBJET D'AUCUNE INSCRIPTION

- **La liste des fournitures scolaires, le calendrier des stages et les dates de rentrée scolaire 2020 seront disponibles sur le site du Lycée des Métiers Jacques BREL à partir du 13 juillet 2020**
<http://lycee-jacques-brel-lormont.fr/>

FICHE D ' INSCRIPTION : PREMIERE BAC PRO PASSERELLE _____

NOM : _____

PRENOM : _____

Classe en 2020/2021 : Première Bac Pro Passerelle _____

Cadre réservé à l'administration

Identité de l'élève

Nom : _____

Prénoms : _____

Sexe : F ou M

Né (e) le : / / à _____

Nationalité : _____

Portable élève : _____

Mail élève : _____ @ _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Scolarité de l'année 2020/2021

Classe : _____

Spécialité : Aucune Armée de terre Marine

Option1 : _____ **option 2 :** _____

Scolarité de l'année précédente 2019/2020

Nom de l'établissement : _____

Ville : _____

Département : _____

Classe : _____

Option1 : _____ **Option2 :** _____

Dernier établissement fréquenté par l'élève

Classe : _____ Etablissement : _____

Commune : _____

Responsable légal 1

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

Téléphone domicile : _____ travail : _____ portable : _____

Mail du responsable : _____ @ _____

Situation emploi : _____ code emploi : _____

Profession : _____ code profession : _____

Autorisez-vous la communication des informations concernant votre enfant :

par mail : oui non par SMS : oui non

Nombre d'enfants à charge en lycée et collège public : _____

Nombre total d'enfant : _____

Responsable légal 2

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

Téléphone domicile : _____ travail : _____ portable : _____

Mail du responsable : _____ @ _____

Situation emploi : _____ code emploi : _____

Profession : _____ code profession : _____

Autorisez-vous la communication des informations concernant votre enfant :

par mail : oui non par SMS : oui non

Autres renseignements

Elève émancipé : oui non

Assurance scolaire : Nom de la compagnie : _____ N° de police : _____

Numéro de sécurité sociale des parents: _____

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement :

Nom et adresse du médecin traitant : _____

Responsable financier

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro du RIB : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

Téléphone domicile : _____ travail : _____ portable : _____

Mail du responsable : _____ _@_____

Autre personne à prévenir en cas d'urgence

Lien de parenté : _____

Nom : _____

Prénoms : _____

Téléphone domicile : _____ travail : _____ portable : _____

L'élève bénéficie-t-il d'une mesure éducative ? oui non

Nom et coordonnées de l'éducateur : _____

Date : _____

Signatures :

Responsable légal 1

Responsable légal 2

Autre.....

Elève

--	--	--	--

Situation emploi codification

1 : Occupe un emploi 2 : Au chômage 3 : Prérétraite, retraite ou retiré des affaires

4 : Autre situation (personne sans activité professionnelle et « non retraité » (femme au foyer, etc.)

CODIFICATION DES PROFESSIONS ET CATEGORIE SOCIALES	
AGRICULTEURS	EMPLOYES
10-Agriculteurs	52-Employés civils et agents de service de la fonction
ARTISANS COMMERÇANT ET CHEFS D'ENTREPRISE	53- Policiers et militaires
21- Artisans	54-Employés administratifs d'entreprise
22-Commerçants et assimilés	55-Employés de commerce
23-Chefs d'entreprises de dix salariés ou plus	56-Personnels des services directs aux particuliers
CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPERIEURES	OUVRIERS
31-Professions libérales	61-Ouvriers qualifiés
33-Cadres de la fonction publique	66-Ouvriers non qualifiés
34-Professeurs et assimilés	69-Ouvriers agricoles
36-Professions de l'information des arts et spectacles	RETRAITES
37-Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	71-Retraités agriculteurs exploitants
38-Ingénieurs et cadres technique d'entreprises	72-Retraités artisans commerciaux et chefs d'entreprises
PROFESSIONS INTERMEDIAIRES	73-Retraités cadres et professions intermédiaires
42-Instituteurs et assimilés	75-Retraités employés et ouvrier
43-Professions intermédiaires de la santé et du travail social	AUTRES INACTIFS
44-Clergé et religieux	81-Chômeurs n'ayant jamais travaillés
45-Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	82-Personnes sans activité professionnelle
46-Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	
47-Techniciens	
48-Contremaîtres agents de maîtrise	



Année scolaire 2020 / 2021
FICHE INTENDANCE DE L'ELEVE

NOM : Prénom : Classe :

Nom et Prénom du **responsable légal financier** :

Adresse :
.....

Numéro de téléphone du responsable légal : / / / / / /

RESTAURATION / HEBERGEMENT :

Cinq régimes distincts sont proposés aux élèves (merci de cocher celui pour votre enfant) :

☐ **Externe**

DEMI-PENSION

☐ **Demi-pensionnaire 4 jours** (repas de midi lundi, mardi, jeudi et vendredi)

☐ **Demi-pensionnaire 5 jours** (repas de midi lundi, mardi, mercredi, jeudi et vendredi)

INTERNAT

☐ **Interne 4 nuits** (nuits et repas du lundi soir, mardi, mercredi et jeudi + repas de midi tous les jours + petits déjeuner.)

☐ **Interne 5 nuits** (nuitée du dimanche soir + nuits et repas du lundi soir, mardi, mercredi et jeudi + repas de midi tous les jours + petits déjeuner.)

Rappel : Le service d'hébergement est une proposition faite aux familles.

L'inscription au lycée n'entraîne en aucun cas une inscription automatique à l'internat (80 places pour 110 demandes en moyenne par an). Possibilité hébergé à l'internat du lycée des Iris à Lormont sous condition.

Les critères d'attribution des places en internat sont :

- **L'éloignement géographique** (priorité étant donnée aux élèves dont la résidence habituelle est la plus éloignée du lycée),
- **La commodité des transports en commun** (par exemple temps de trajet total ou changements multiples de moyens de transport).

Les familles seront informées de la décision prise par l'établissement par courrier la semaine du 13 au 17 juillet 2020.

La facturation des repas et hébergements est établie en début de chaque trimestre.

Elle peut être réglée en plusieurs fois (uniquement sur demande écrite et après accord du service intendance).

Les périodes de stage et les jours fériés sont automatiquement défalqués.

Si l'élève interne effectue son stage à proximité du lycée, il peut bénéficier des services de l'internat.
Dans ce cas-là, il faut absolument faire un courrier dès la connaissance du lieu de stage afin que la facture éditée corresponde à l'hébergement de votre enfant.

En cas de difficulté financière, une aide du fonds social des cantines peut être proposée sur demande.

Cadre réservé à l'administration

Je m'engage à respecter ce forfait pour un trimestre au moins sachant que **tout changement de régime ne pourra intervenir qu'au début du trimestre suivant** et uniquement sur demande écrite adressée au chef d'établissement.

Date et signature (faire précéder de la mention « Lu et Approuvé »)



Lormont, rentrée scolaire 2021

ACCES AU RESTAURANT SCOLAIRE

Le lycée des métiers Jacques Brel vient d'adopter un système de gestion d'accès au restaurant scolaire basé sur la reconnaissance du contour de la main appelé biométrie.

Il ne s'agit ni d'une photocopie ni d'un relevé d'empreintes mais uniquement de la géométrie de la main.

Le Conseil d'administration du lycée a autorisé l'utilisation de ce système homologué par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Une déclaration a été faite auprès de la CNIL.

Les informations recueillies sont destinées uniquement à la gestion du restaurant scolaire par le service d'intendance (accès, finances) et seront détruites à l'issue de la scolarité de chaque élève.

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 06/01/78, chaque élève majeur ou le représentant légal de l'élève mineur bénéficie d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui le concernent en s'adressant au service de l'intendance.

Le coupon ci-dessous vous permet d'exprimer votre accord sur l'utilisation du système biométrique pour votre enfant. Vous pouvez vous opposer à ce système et dans ce cas une carte d'accès au self lui sera facturée au prix de 6 euros. Votre enfant devra toujours être en possession de sa carte. En cas d'oubli ou de perte, il mangera en fin de service. En cas de perte, il rachètera une carte rapidement au prix de 6 euros.

En cas de non retour du coupon ci dessous, nous serons en droit de considérer l'autorisation accordée.

Le Proviseur,

AUTORISATION BIOMETRIE

Je soussigné..... responsable de l'élève
en classe de certifie avoir pris connaissance des modalités d'accès par biométrie au restaurant scolaire.

☐ autorise le lycée J Brel à utiliser la reconnaissance biométrique pour l'accès de mon enfant au restaurant scolaire.

☐ n'accepte pas l'utilisation de reconnaissance biométrique et demande que lui soit délivrée une carte d'accès.
Le jour de la rentrée scolaire mon enfant se présentera au service de l'intendance avec 6,00 euros pour le paiement de la carte. Je m'engage à veiller à ce que mon enfant l'ait toujours en sa possession.

Date et signature du représentant légal,

Date et Signature de l'élève majeur,

ADHESION à la Maison Des Lycéens 2020 / 2021

Nom :

Prénom :

Classe :

Qu'est-ce que c'est ?

C'est une association à but non lucratif (loi de 1901) autogérée par les élèves avec l'aide et les conseils d'adultes volontaires.

La Maison des Lycéens ou MDL est un espace de vie dédié aux élèves du lycée Jacques Brel où se réalisent projets, activités et animations à l'initiative et à la demande des élèves. Les élèves peuvent s'y retrouver pour partager des moments d'échange, de détente, de jeux, de rencontre, d'écoute, de solidarité et d'actions citoyennes....

Pourquoi y adhérer ?

La cotisation annuelle (10 €) permet :

- de financer des projets : sorties culturelles et ludiques proposées et organisées par les adhérents
- de profiter de réductions sur les ventes (boissons confiseries) et les sorties.
- d'organiser diverses animations : activités sportives, jeux de société, soirée à thème...

Deviens membre actif de la MDL et participe à la gestion et à l'animation de ce lieu de détente et de loisir (avec l'aide d'adultes).

☐ **Je souhaite adhérer à la MDL (10 € à l'ordre de la MDL). Chèque** ☐ **Espèce** ☐

☐ **Je ne souhaite pas adhérer à la MDL**

Date :

Signature du responsable légal :

Suggestions : pour l'année scolaire qui débute, y a-t-il des activités que tu souhaiterais voir se réaliser ?

Sans toi la MDL ne peut exister. Merci de ton engagement !

ADHESION VIE ASSOCIATIVE et SPORTIVE (UNSS)

2020 / 2021

Le lycée vise à favoriser une scolarité positive et participative de chaque élève. Dans ce cadre, l'accès à la pratique sportive ainsi qu'à des rencontres de haut niveau est mis en avant dans le cadre de différents projets :

- Organisation d'un tournoi interclasse visant la récolte de fonds pour des associations caritatives et aussi l'intégration des nouveaux élèves
- La mise en œuvre de sorties scolaires tels que le voyage au ski ou les classes nature certaines années
- L'accès à des rencontres de haut niveau en football (Girondins), en basket (JSA) ou en rugby (UBB)
- La participation à l'association sportive du lycée dans le cadre de l'UNSS le mercredi après midi dans de nombreuses activités (natation, rugby, football, basket, badminton et hip hop) ainsi que la participation à des événements tels que les jeux des lycées ou le raid nature des lycéens
- La formation des jeunes officiels à l'arbitrage ou de jeunes sauveteurs (préparation au diplôme du BNSSA qui permet la surveillance des espaces aquatiques)

Une adhésion volontaire contribue à la mise en œuvre de tous ces projets. Cette dernière est de **5 euros**.

Elle sert de cotisation annuelle à tous les élèves qui participent à l'Association Sportive du lycée.

Merci de votre participation

Je soussigné.....,

parent de l'élève en classe de

participe à la vie associative et sportive du lycée.

Adhésion de 5 euros

☐ en espèce

☐ en chèque

(à l'ordre du LEP sport Lormontais)

Date :

Signature :

FICHE INFIRMERIE

IDENTITE DE L'ELEVE	
NOM : _____	Nationalité : _____
PRENOM : _____	Sexe (M ou F) : _____
Né(e) le : _____	<u>N° sécurité sociale de l'élève :</u> _____
SCOLARITE EN COURS	
CLASSE : _____	REGIME : _____
SCOLARITE PRECEDENTE	
ETABLISSEMENT : _____	
COMMUNE : _____	CLASSE : _____
RESPONSABLES A CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
PARENT 1	
NOM : _____	Téléphone Domicile : _____
PRENOM : _____	Téléphone Travail : _____
	Téléphone Portable : _____
PARENT 2	
NOM : _____	Téléphone Domicile : _____
PRENOM : _____	Téléphone Travail : _____
	Téléphone Portable : _____
AUTRE, Précisez : _____	
NOM : _____	Téléphone Domicile : _____
PRENOM : _____	Téléphone Travail : _____
	Téléphone Portable : _____
Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence (SAMU) vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital uniquement s'il est accompagné de sa famille.	

INFORMATIONS MEDICALES

Votre enfant prend-il des médicaments ?	☐ OUI	☐ NON
---	------------------------------	------------------------------

Si OUI, lesquels ? _____

Joindre une ordonnance.

Votre enfant a-t-il des allergies ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, à quoi ? _____

Prend-il des médicaments en lien avec son allergie ? _____

Votre enfant est-il atteint d'une maladie ou autre, susceptible d'avoir un retentissement sur sa scolarité ? _____

Votre enfant a-t-il bénéficié d'adaptations scolaires (PAI, PPS...) antérieurement ?

PAI : ☐ OUI ☐ NON

PPS : ☐ OUI ☐ NON

PPRE : ☐ OUI ☐ NON

Raison : _____

Votre enfant a-t-il déjà été opéré ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, quelle intervention ? _____

VOTRE MEDECIN TRAITANT

NOM : _____	
-------------	--

COMMUNE : _____ Téléphone : _____

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Votre enfant est-il titulaire d'un diplôme de secourisme ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, lequel ? _____

AUTRES INFORMATIONS

QUESTIONNAIRE MEDICAL à remplir par les parents

Formulaire à renseigner par les responsables légaux des élèves mineurs en début de formation

A remettre au médecin le jour de la visite médicale

Votre (fils)(fille) va intégrer un cycle de formation professionnelle l'amenant à effectuer des travaux réglementés par le code du travail pour les jeunes âgés de 15 ans au moins et de moins de 18 ans.

Conformément à la réglementation (décrets no 2013-914 et 915 du 11 octobre 2013 relatifs à la procédure de dérogation prévue à l'article L. 4153-9 du code du travail), une visite médicale annuelle est indispensable pour autoriser l'élève mineur à travailler en atelier dans l'établissement

A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous destiné au médecin en charge d'examiner votre enfant.

Vos réponses sont strictement confidentielles, soumises au secret médical.

Vous mettrez ce document complet sous enveloppe cachetée à l'attention du Médecin de l'Education Nationale.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ELEVE

NOM : PRENOM : CLASSE :

Date de naissance :

Adresse du parent 1 :

N° de téléphone du parent 1 :

Adresse du parent 2 :

N° de téléphone du parent 2 :

Nom du médecin traitant :

Coordonnées du médecin traitant :

MALADIES PRESENTEES ANTERIEUREMENT PAR VOTRE ENFANT

A-t-il déjà fait des convulsions ? oui non si oui, à quel âge ?

A-t-il eu d'autres maladies neurologiques ? oui non s'agissait-il d'une méningite ? oui non

A-t-il eu des maladies respiratoires ou allergiques ? oui non Précisez :

A-t-il eu des otites à répétition ? oui non

A-t-il eu des problèmes de hanche ou de dos ? oui non

Autres maladies importantes :

A-t-il eu des accidents ? oui non Précisez :

A-t-il été hospitalisé, voire opéré ? oui non Précisez :

ETAT DE SANTE ACTUEL DE VOTRE ENFANT

En ce qui concerne les vaccinations, il est rappelé que l'autorisation de travail sur les machines dangereuses est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la loi.

A-t-il souvent des rhumes, sinusites, angines, bronchites, otites ? oui non

Actuellement présente –t-il d'autres troubles ? (asthme, eczéma, allergie, urticaire, pertes de connaissances, malaises, problèmes de dos ou d'articulations, maux de tête, problème de vue ou de fatigue oculaire), veuillez préciser :

.....

Est-il souvent absent ? : oui non

Est-il suivi par un médecin, un psychologue, un psychiatre ? : oui non

Suit-il un traitement ? oui non Précisez :

.....

Votre enfant est-il intéressé par un métier ? : oui non Précisez :

.....

Avez-vous autre chose à signaler ? (par ex : caractère, comportement, vie familiale....) :

.....

.....

Si vous le souhaitez, le médecin de l'éducation nationale peut vous recevoir sur rendez-vous. Prenez contact à cet effet avec l'infirmière de l'établissement scolaire.

INFORMATION IMPORTANTE

La consommation de produits psycho actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences sur les travaux règlementés ou lors de la conduite d'engins.

Elle peut entraîner une inaptitude à la poursuite de la formation professionnelle dispensée pendant le temps nécessaire.

Je déclare avoir pris connaissance de l'information ci-dessus.

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

SIGNATURE DE L'ELEVE :	SIGNATURE DES PARENTS :
------------------------	-------------------------

Ce document est à remettre aux familles en même temps que la convocation à la visite médicale



*Document à faire signer dès la rentrée en grande section par les familles ou lors de toute ouverture de dossier
à scanner dans Esculape avant de le rendre aux signataires*

Dossier médical numérique ESCULAPE Accès et transmissions des données

L'application Esculape permet au médecin de l'éducation nationale de saisir, dans un dossier numérique protégé, les éléments recueillis lors des visites médicales de votre enfant en milieu scolaire, comme cela avait lieu auparavant dans le dossier papier, pour organiser un suivi efficace de sa santé et favoriser son bien-être et sa réussite scolaire.

Sous la responsabilité du médecin, les informations qui y figurent sont strictement confidentielles.

Les informations recueillies concernent notamment les vaccinations, l'examen staturo-pondéral avec calcul de l'IMC, le bilan sensoriel : vue et audition, l'examen clinique, le bilan du langage, le bilan du développement de l'enfant, ou tout autre élément utile concernant sa santé.

Les conclusions de ces bilans médicaux incluant, le cas échéant, des recommandations, des conseils ou des demandes d'investigations complémentaires ainsi que, si besoin, la remise d'un courrier à l'attention du médecin traitant, vous seront transmises. Le médecin veille également au respect de la confidentialité de cette transmission.

Une fois anonymisées, les données de santé peuvent être utilisées à des fins d'études épidémiologiques.

Conformément à la loi, ce dossier est conservé, actuellement jusqu'aux 28 ans révolus des personnes, dans des conditions hautement sécurisées.

Cette application informatique du ministère de l'éducation nationale a reçu en date du 16 octobre 2017 l'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sous le numéro de déclaration 1980013 v 1.

Les droits d'accès et de rectification des données par l'élève, ses parents ou ses responsables légaux à l'égard du traitement de données à caractère personnel, prévus par les articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978, s'exercent soit sur place, soit par voie postale, soit par voie électronique auprès du médecin de l'éducation nationale ou de l'inspecteur d'académie, directeur académique des services de l'éducation nationale.

Vous pouvez accéder à toutes les informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin que vous désignez sur demande écrite auprès du médecin conseiller technique départemental et en obtenir communication comme prévu dans la **loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**. Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale.

Cette loi et le décret n°2016-994 du 20 juillet 2016, disposent que toute transmission de données médicales d'un médecin à un autre professionnel de santé doit faire l'objet d'une autorisation préalable.

La transmission du dossier médical scolaire de votre enfant entre professionnels de santé est soumise à ce principe.

Sans opposition écrite de votre part, les données nécessaires au suivi médical de votre enfant pourront être transmises aux professionnels de santé qui auront à le prendre en charge. A tout moment vous pourrez modifier votre décision.

J'accepte

Je refuse

**que les données nécessaires au suivi médical de mon enfant puissent être transmises aux
professionnels de santé qui auront à le prendre en charge**

Lu et approuvé par :

(Nom du ou des titulaire-s de l'autorité parentale)

Nom de l'élève :

Date :

Signature(s)