



DEMANDE D'INSCRIPTION

ELEVE

Nom :

Prénom :

Né(e) le : à

Tél port : Adresse mail :

Adresse :

Code postal : Commune :

Responsable légal (Responsable financier) : Mère / Père / Autre cas (à préciser) :

Nom : Prénom :

Adresse : Code postal :

Commune : Pays :

Tél domicile : Tél port: Adresse mail :

Profession : Nombre d'enfants

Scolarité de l'année en cours

Etablissement : Commune :

Filière de formation :

Classe :

Si élève non scolarisé, dernier établissement scolaire fréquenté et année :

Code postal : Commune :

FORMATION SOUHAITEE

CAP MC BP Seconde Première Terminale

Pour CAP/MC/BP préciser le statut SCOLAIRE

CONTRAT D' APPRENTISSAGE CONTRAT DE PROFESSIONALISATION

Etes-vous en situation de handicap ? OUI NON

Pièces à joindre : Certificat de scolarité

Photocopie des bulletins de l'année en cours et des diplômes obtenus



FICHE ELEVE 1^{ER} CONTACT

ELEVE

Nom :

Prénom :

Né(e) le : à

Tél port : Adresse mail :

Adresse :

Code postal : Commune :

Responsable légal (Responsable financier) : Mère / Père / Autre cas (à préciser) :

Nom : Prénom :

Adresse : Code postal :

Commune : Pays :

Tél domicile : Tél port: Adresse mail :

Profession : Nombre d'enfants à charge :

Scolarité de l'année 2019-2020

Etablissement : Commune :

Filière de formation :

Classe :

Si élève non scolarisé en 2019-2020, dernier établissement scolaire fréquenté :

Code postal : Commune :

FORMATION SOUHAITEE :

CLASSE SOUHAITEE : CAP MC BP Seconde Première Terminale

Pour CAP/MC/BP préciser le statut SCOLAIRE

CONTRAT D' APPRENTISSAGE

CONTRAT DE PROFESSIONALISATION

Etes-vous en situation de handicap ? OUI NON



FICHE SECRETARIAT 2020/2021

CLASSE : CAP MC BP Seconde Première Terminale

ELEVE

Nom : Prénoms :

Né(e) le : à Dépt :

Sexe : Nationalité :

Tél port : Adresse mail :

Adresse :

Code postal : Commune :

Scolarité de l'année 2019-2020

Etablissement : Commune :

Filière de formation :

Classe :

Si élève non scolarisé en 2019-2020, dernier établissement scolaire fréquenté :

Responsable légal (Responsable financier) : Mère / Père / Autre cas (à préciser) :

Nom : Prénom :

Adresse : Code postal :

Commune : Pays :

Tél domicile : Tél port: Adresse mail :

Profession : Nombre d'enfants à charge :

Responsable légal : Mère / Père / Autre cas (à préciser) :

Nom : Prénom :

Adresse : Code postal :

Commune : Pays :

Tél domicile : Tél port: Adresse mail :

Profession :



AUTORISATION
DE PHOTOGRAPHER, FILMER ET DIFFUSER L'IMAGE

Je (nous) soussigné(s).....

AUTORISONS :

La prise de vue (photographie et film-vidéo) de mon (notre) enfant mineur :

.....

Ma prise de vue (photographie et film-vidéo) aux fins de documents à vocation purement pédagogique

la diffusion de ces documents sur des supports internes à l'établissement et leur publication notamment sur l'ENT du lycée, le site internet de l'établissement, le facebook du lycée.

Cette prise de vue et cette diffusion sont sans contrepartie de quelque nature que ce soit.

Cette autorisation exclut toute autre utilisation de l'image de mon (notre) enfant, notamment dans un but commercial ou publicitaire.

Cette autorisation est donnée au Lycée des Métiers des Arts de la Coiffure pour l'année scolaire

Fait àle,

Signature des responsables légaux

Précédée des mentions lu et approuvé



AUTORISATION DE SORTIE POUR LES ELEVES MINEURS

En cas de rupture de l'emploi du temps officiel des classes : heures libres, absences de professeurs, l'établissement assure dans la majorité des cas le remplacement des enseignants.

Néanmoins, dans le cadre de leur apprentissage de l'autodiscipline et de l'autonomie, les élèves peuvent parfois être amené à sortir de l'établissement, avec l'autorisation libellée ci-dessous s'ils sont mineurs.

Je soussigné(e) Monsieur ou Madame

Responsable légal de l'élève mineur (nom prénom)

en classe de

l'autorise à sortir de l'établissement en cas de rupture prévue ou imprévue de l'emploi du temps de sa classe.

A, le __ / __ / 2020

Signature du responsable légal



FICHE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom de l'élève

Prénom :

Classe :

Nationalité :

Parent à prévenir en cas d'urgence

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Pays :

Tél domicile :

Tél port:

Adresse mail :

Problème de santé dont souffre votre enfant (précautions particulières à prendre) :

Traitement suivi

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant

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 ENGAGÉS SONT À LA CHARGE DES FAMILLES ET NON DE L'ETABLISSEMENT.

Signature des parents

Précédée de la mention lu et approuvé