

Madame, Monsieur,

Suite à votre demande, Monsieur l'Inspecteur d'Académie a affecté votre enfant au Lycée de Navarre, il convient donc maintenant de procéder à son inscription.

Le dossier qui suit est personnalisé en fonction de la filière dans laquelle il a été affecté. Nous vous prions d'y prêter une attention toute particulière car une simple petite erreur de remplissage peut avoir des conséquences insoupçonnées dans son dossier scolaire et le libellé de son futur diplôme.

En raison de la crise sanitaire actuelle liée au Covid 19, le traitement se fera essentiellement par voie informatique. Il vous est donc demandé d'imprimer ce document pdf, le compléter, puis le scanner et enfin nous le retourner à l'adresse email du lycée le plus rapidement possible avec les éléments indiqués ci-dessous.

Ce n'est qu'à partir de cette réception qu'il nous sera possible d'opérer la mise en place des groupes, des classes et des emplois du temps d'où la nécessité d'un retour rapide.

ÉLÉMENTS À RETOURNER

Immédiatement par email à l'adresse: ce.0641844g@ac-bordeaux.fr

- Dossier complété, daté et signé
- Copie de la carte d'identité de l'élève.
- Copie du livret de famille.

Au plus vite par la poste à l'adresse: Lycée de Navarre - BP 01- 64220 Saint Jean Pied de Port

(Peuvent également être renvoyés par email)

- **Certificat de fin de scolarité (exeat) délivré par le collègue**
- Copie du jugement indiquant les dispositions relatives à la garde de l'enfant et à son lieu de résidence (si répondu oui dans fiche secrétariat).
- Copie du carnet de vaccination pour les élèves du professionnel uniquement.
- Copie des aménagements dont a bénéficié votre enfant précédemment (P.A.I / P.A.P / ...)
- Copie de l'attestation donnant droit aux soins
- Copie de la carte de Mutuelle ou CMU

RENTREE SCOLAIRE 2020/2021

**Première et Terminale générale,
Première et Terminale professionnelle (Bac Pro),
Terminale CAP Pâtisserie.**

MERCREDI 02 SEPTEMBRE

À 8H15 pour tous les élèves: Internes, Demi-Pensionnaires et Externes

APPEL DES CLASSES À 8H30

*** Exceptionnellement il n'y aura pas de grande sortie et les internes demeureront au lycée le mercredi après-midi afin de procéder à leur installation dans les dortoirs**

Liste des professions et des catégories socio-professionnelles

Code (*)	Libellé
AGRICULTEURS EXPLOITANTS	
10	Agriculteurs exploitants
ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE	
21	Artisans
22	Commerçants et assimilés
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPÉRIEURES	
31	Professions libérales
33	Cadres de la fonction publique
34	Professeurs, professions scientifiques
35	Professions de l'information, des arts et des spectacles
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES	
42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
44	Clergé, religieux
45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
46	Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise
47	Techniciens
48	Contremaîtres, agents de maîtrise
EMPLOYÉS	
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique
53	Policiers et militaires
54	Employés administratifs d'entreprises
55	Employés de commerce
56	Personnels des services directs aux particuliers
OUVRIERS	
62	Ouvriers qualifiés de type industriel
63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
64	Chauffeurs
65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
69	Ouvriers agricoles
RETRAITÉS	
71	Retraités agriculteurs exploitants
72	Retraités artisans, commerçants, chefs entreprise
74	Anciens cadres
75	Anciennes professions intermédiaires
77	Anciens employés
78	Anciens ouvriers
AUTRES PERSONNES SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE	
81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
83	Militaires du contingent
84	Elèves, étudiants
85	Personnes sans activité professionnelle < 60 ans (sauf retraités)
86	Personnes sans activité professionnelle >= 60 ans (sauf retraités)

(*) Code de la profession ou de la catégorie socio-professionnelle à reporter dans la fiche de renseignements

SCOLARITÉ

Identité de l'élève		
NOM:	Prénom:	Sexe:
Née le: à:	Dpt:	Nationalité:
Adresse (si différente responsable):		
Code Postal:	Commune:	Pays:
em@il:	Portable:	

Scolarité précédente 2019-2020	
Nom de l'établissement d'origine:	Classe:
Commune:	Dpt:

Scolarité prochaine 2020-2021	
<input type="checkbox"/> 1ère	<input type="checkbox"/> Terminale
<input type="checkbox"/> BAC PRO Technicien Menuisier Agenceur (T.M.A)	
<input type="checkbox"/> BAC PRO Cuisine	
<input type="checkbox"/> BAC PRO Commercialisation et Services en Restauration (C.S.R)	
<input type="checkbox"/> Terminale CAP Pâtisserie	
Régime: <input type="checkbox"/> DP 4 jours	<input type="checkbox"/> DP 5 jours <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Externe
Langue vivante: <input type="checkbox"/> LVA Ang <input type="checkbox"/> LVA Esp	Enseignement facultatif: <input type="checkbox"/> Basque LV3
<input type="checkbox"/> LVB Ang <input type="checkbox"/> LVB Esp	
(LV2 uniquement pour le Bac Pro Hôtellerie)	
Élèves à besoins particuliers: Troubles Dys (troubles cognitifs spécifiques et les troubles des apprentissages qu'ils induisent), maladies....	
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
La copie des aménagements dont a bénéficié votre enfant précédemment est à envoyer par voie postale	

SECRETARIAT

Responsable légal (Paie les frais de scolarité)

NOM: **Prénom:** **Parenté:** (père, mère, autre):

Adresse:

Code Postal: **Commune:** **Pays:**

Tél domicile: **Tél profess.:** **Tél Portable:**

em@il:

Souhaitez-vous être contacté en priorité ? Oui Non

Autorisez-vous le communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves ? Oui Non

Nombre d'enfants à charge: **Nombre d'enfants scolarisés dans le 2nd degré** (collège / lycée / LP):

Profession: **Catégorie socio-Professionnelle (code):**
(voir feuille annexe)

Parents divorcés ou séparés: Oui Non

Si OUI, la copie du jugement indiquant les dispositions relatives à la garde de l'enfant et à son lieu de résidence devra être envoyée par voie postale

Responsable légal

NOM: **Prénom:** **Parenté:** (père, mère, autre):

Adresse:

Code Postal: **Commune:** **Pays:**

Tél domicile: **Tél profess.:** **Tél Portable:**

em@il:

Profession:

Souhaitez-vous être contacté en priorité ? Oui Non

Autorisez-vous le communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves ? Oui Non

Nombre d'enfants à charge: **Nombre d'enfants scolarisés dans le 2nd degré** (collège / lycée / LP):

Profession: **Catégorie socio-Professionnelle (code):**
(voir feuille annexe)

Autre responsable ou personne à contacter

NOM: **Prénom:** **Parenté:** (père, mère, autre):

Adresse:

Code Postal: **Commune:** **Pays:**

Tél domicile: **Tél profess.:** **Tél Portable:**

em@il:

Date et signature du représentant légal

Date et signature de l'élève

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Identité de l'élève		
NOM:	Prénom:	Sexe:
Née le:	à:	Dpt: Nationalité:
Adresse (si différente responsable):		
Code Postal:	Commune:	Portable:

Responsable légal 1		
NOM:	Prénom:	Parenté: (père, mère, autre):
Adresse:		
Code Postal:	Commune:	Pays:
Tél domicile:	Tél profess.:	Tél Portable:
Profession:		

Responsable légal 2		
NOM:	Prénom:	Parenté: (père, mère, autre):
Adresse:		
Code Postal:	Commune:	Pays:
Tél domicile:	Tél profess.:	Tél Portable:
Profession:		
Fratrie: Nombre de frères:	Age(s):	
Nombre de Sœurs:	Age(s):	

Autre personne à prévenir en cas d'absence		
NOM:	Prénom:	Parenté: (père, mère, autre):
Tél domicile:	Tél profess.:	Tél . :

Autre personne ayant en charge éventuellement l'élève (éducateur, éducatrice, Foyer, Famille d'accueil, Établissement spécialisé...)

NOM:	Prénom:	Tél . :
------------	---------------	---------------

Médecin traitant

DOCTEUR:	Tél . :
----------------	---------------

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX OBLIGATOIRES

Maladies et Allergies

Allergies Alimentaires :

Médicaments liés :

Autres :

Asthme Diabète Scoliose Autres:

Interventions chirurgicales subies :

Traitements particuliers :

En cas de traitement sur le temps scolaire, il est obligatoire de déposer à l'infirmerie, les médicaments, l'ordonnance et l'autorisation parentale permettant leur délivrance par l'infirmière ou l'équipe éducative.

Diagnostic Particulier

Déficience auditive Déficience visuelle

Dyslexie Dysorthographe Autres troubles Dys :

Suivi Spécifique

Fait l'objet d'un P.A.I.

Orthophonie

Psychomotricité

Psychologie

NOM DU SPÉCIALISTE : Tél . :

Merci de signaler à l'infirmerie tout changement d'adresse, de numéro de téléphone et tout nouveau problème médical survenant en cours de l'année scolaire.

Toute maladie particulière peut faire l'objet d'un Programme d'Accueil Individualisé (P.A.I.) auprès du médecin scolaire

Date et signature du représentant légal

Date et signature de l'élève

BIOMÉTRIE

Principes de la Biométrie

L'accès au self du lycée nécessite pour les élèves soit le passage par système biométrique (prise du gabarit biométrique du contour de la main associé à un code d'accès après autorisation des familles) soit le passage par carte magnétique. Pour votre information, la perte de la carte entraîne une facturation de 5.00€ à chaque renouvellement.

Si vous souhaitez opter pour le système biométrique, l'information suivante vous est destinée conformément à la délibération de Conseil d'Administration en date du 28 juin 2016 et l'avis de la CNIL n°2006-103 du 27 avril 2006.

Durée de conservation des données biométriques :

Les données relatives à l'identité de l'élève sont conservées pendant la durée de sa scolarité dans l'établissement.

Les données relatives au gabarit biométrique du contour de la main associé à un code d'accès personnel sont conservées pendant la durée de l'année scolaire.

Si un élève quitte l'établissement ou passe externe en cours d'année, les données biométriques sont effacées dans la semaine suivant son départ ou son changement de régime.

Possibilité d'opposition :

En cas de refus d'informatisation des données biométriques de vos enfants, une carte leur sera attribuée pour la durée de leur scolarité.

**CE SYSTÈME PREND EN COMPTE LE CONTOUR DE LA MAIN DE VOTRE ENFANT
ET EN AUCUN CAS LES EMPREINTES DIGITALES**

Autorisation de la Biométrie pour l'accès à la restauration

Le responsable:

NOM: **Prénom:** **Parenté:** (père, mère, autre):

de l'élève:

NOM: **Prénom:**

Accepte l'utilisation de la biométrie pour l'accès au réfectoire

Refuse l'utilisation de la biométrie (souhaite une carte d'accès)

Date et signature du représentant légal

FICHE MÉDICALE D'URGENCE

CLASSE:

Fiche destinée à être remise à un service externe (Pompiers, SAMU, Ambulanciers.. en cas d'évacuation.

Identité de l'élève		
NOM:	Prénom:	
Née le:	Sexe:	
Responsable légal		
NOM:	Prénom:	Parenté: (père, mère, autre):
Adresse:		
Code Postal:	Commune:	
Tél domicile:	Tél profess.:	Tél Portable:
<i>En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en renseignant le plus de numéros de téléphone possible:</i>		
Autre responsable		
NOM:	Prénom:	Parenté: (père, mère, autre):
Tél domicile:	Tél profess.:	Tél Portable:
Autre personne à prévenir (susceptible de vous joindre rapidement)		
NOM:	Prénom:	Parenté: (père, mère, autre):
Tél domicile:	Tél profess.:	Tél . :

Informations non confidentielles	
<i>Si nécessaire vous pouvez transmettre des informations confidentielles à l'infirmière sous enveloppe fermée</i>	
Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre, opérations subies, ...) :	
Date du dernier vaccin DTP (Diphtérie, Tétanos, Polio) :	
Médecin traitant	
DOCTEUR:	Tél . :
Adresse:	
Sécurité Sociale	
Carte Vitale (si > 16 ans) => N° de Sécurité Sociale:	
Fournir OBLIGATOIREMENT les copies de l'<u>attestation donnant droit aux soins</u> et de la <u>carte de Mutuelle ou CMU</u>	

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.

AUTORISATION DE TRAITEMENT MEDICAL ET CHIRURGICAL

Je soussigné(e), Responsable légal de l'élève,

AUTORISE l'administration du Lycée de Navarre à faire dispenser les soins nécessaires à l'état de santé de mon enfant, et à prendre le cas échéant toute mesure utile pour une hospitalisation d'urgence et une intervention chirurgicale.

Date et signature du responsable précédée de la mention « Lu et approuvé »: