



FICHE D'INSCRIPTION 2024-2025

AUTORISATIONS DIVERSES QUI
ENGAGENT POUR L'ANNÉE
SCOLAIRE

→ Remis le/...../.....
→ Reçu le/...../.....

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Agate date:.....Saisi par :.....

Frégata date:.....Saisi par :.....

MDPH

Autre.....

Bourse Nationale : postée le :

Pré calcul de bourse : positif négatif

dossier reconduction

**PRENDRE RENDEZ-VOUS POUR REMETTRE LE PRÉSENT DOSSIER
DUMENT COMPLETE.**

ÉTAT-CIVIL, INFORMATIONS & CONTACTS DE L'ELEVE

NOM :

Prénoms : (merci de renseigner tous les prénoms de la carte d'identité ou livret de famille)

Né(e) le/...../..... à

département :

Identifiant National Elève (n°INE)

Portable de l'apprenant :

E-mail de l'apprenant :@.....

Régime souhaité

interne

Demi -

Pensionnaire

externe

Photo

Obligatoire
avec
l'inscription

Inscription en classe :

4^{ème} 3^{ème}

CAPa1 CAPa2

Bac Pro :

2^{nde} 1^{ère} Terminale

RESPONSABLES LEGAUX DE L'APPRENANT

R1 (domicile de l'apprenant)		R2		R3	
Père	Mère	Père	Mère	Famille d'accueil	ASE
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre <input type="checkbox"/>					
Nom de Naissance : Nom d'Usage Prénoms..... Adresse ☎ Dom : ☎ Port : @ : Profession : ☎ Travail :		Nom de Naissance : Nom d'Usage Prénoms..... Adresse ☎ Dom : ☎ Port : @ : Profession : ☎ Travail :			
Situation familiale : <i>En cas de divorce merci de fournir l'attestation de jugement de garde</i>		Situation familiale : <i>En cas de divorce merci de fournir l'attestation de jugement de garde</i>			
Tierce personne à contacter : Lien de parenté :		Tierce personne à contacter : Lien de parenté :			

Je soussigné(e), Madame et Monsieur / Madame / Monsieur.....
Déclare inscrire ma fille/ mon fils au lycée Sainte Cécile – 41800 Montoire-sur-le-Loir.

AUTORISATIONS PARENTALES - INFORMATIONS A LIRE AVANT DE REMPLIR

- ✓ Les apprenants de 4^{ème} et 3^{ème} demi-pensionnaires et internes effectuent l'aller et le retour au self le midi, en groupe, accompagnés du personnel et doivent respecter les règles.
- ✓ Le midi les demi-pensionnaires et internes effectuent l'aller et retour, non accompagnés sur le site situé 14 rue Pasteur.
- ✓ Le soir les internes doivent se rendre à l'internat pour 17h15 (16 rue Pasteur). Une autorisation de sortie signée par les parents est nécessaire.
- ✓ Dans le cadre des horaires scolaires, les apprenants pourront être autorisés à sortir du lycée pour des activités pédagogiques programmées par l'enseignant.
- ✓ Toutes les classes ont cours du lundi au vendredi, mercredi après-midi inclus. En 4e, 3e et cycle CAPA, pas de cours le vendredi après-midi.

Les apprenants autorisés par les familles à sortir de l'établissement ne sont plus sous la responsabilité du lycée.

AUTORISATIONS DE SORTIE DES APPRENANTS

Merci de cocher les cases correspondantes à votre choix selon le régime de l'apprenant et son cycle d'étude →		Collège 4 ^{ème} - 3 ^{ème}		Cycle CAPa		Cycle Bac Pro	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
INTERNES & DEMI-PENSIONNAIRES	Les midis, de la fin du repas jusqu'à 14h ⁽¹⁾	<i>Sortie non autorisée</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Du lundi au jeudi de 17h00 à 17h15 <i>(uniquement pour les internes).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Le vendredi après les cours.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Cours libérés en début ou fin de journée. ⁽²⁾	<i>Sortie non autorisée</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXTERNES	Cours libérés en début ou fin de journée. ⁽²⁾	<i>Sortie non autorisée</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

⁽¹⁾ Les apprenants le midi qui n'ont pas d'autorisation de sortie ont 15 minutes après le repas pour revenir au lycée Sainte-Cécile (à leur disposition : salle de jeux, foyer, salle de presse, préau, CDI).

⁽²⁾ Attention : ces autorisations sont valables uniquement si une étude / un cours de remplacement n'est pas mis(e) en place.

AUTORISATIONS DE TRANSPORT DES APPRENANTS (cocher la case correspondante)

	OUI	NON
J'autorise ma fille / mon fils en cas de besoin à être transporté(e) par un professeur, un personnel de l'établissement ou un membre de l'association.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'autorise ma fille / mon fils, lors des voyages et sorties organisés par l'établissement, à circuler librement en compagnie de quelques apprenants avec l'autorisation du professeur responsable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uniquement pour le cycle Bac Pro : J'autorise ma fille / mon fils, lors des sorties prévues dans sa formation à être transporté(e), si besoin, par un camarade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Les apprenants qui utilisent leur véhicule sont responsables en cas d'accident et devront fournir à l'établissement :	<input checked="" type="checkbox"/> Permis de conduire <input checked="" type="checkbox"/> Carte grise <input checked="" type="checkbox"/> Attestation d'assurances du véhicule.	

AUTORISATION À RENCONTRER LA PSYCHOLOGUE SCOLAIRE (cocher la case correspondante)

J'autorise ma fille, mon fils à rencontrer si besoin la psychologue scolaire, lors des temps d'écoutermis en place au sein du lycée.

Oui signature :
 Non

AUTORISATION DU DISPOSITIF OXYGENE

Ce dispositif permet de proposer aux jeunes en difficulté des méthodes alternatives

- Oui
 Non

signature :

AUTORISATION DE SUIVI EN GRAPHOTHERAPIE

Ce dispositif permet de proposer aux jeunes une remédiation en écriture

- Oui
 Non

signature :

AUTORISATION À DIFFUSER DES RENSEIGNEMENTS OU DES IMAGES VOUS CONCERNANT OU CONCERNANT VOTRE JEUNE

Vous bénéficiez du droit d'accès et de rectification des informations vous concernant conformément aux directives de la CNIL. Vous autorisez l'utilisation de votre image ou de celle de votre jeune pour la communication et la lisibilité de l'Association :

- Oui
 Non

signature :

MODALITES DE REGLEMENT	
Dépôt de garantie des livres (chèque débité) : 70€	<input type="checkbox"/> Chèque n° : Banque : Date :/...../..... <i>Chèque encaissé à réception du dossier.</i>
Acompte du mois de septembre : 250€	<input type="checkbox"/> Chèque n° : Banque : Date :/...../..... <i>L'acompte ne sera pas restitué en cas d'annulation.</i>

REGLEMENT DE LA SCOLARITE PAR PRELEVEMENT MENSUEL LE 10 DE CHAQUE MOIS :

Compléter impérativement le mandat SEPA fourni avec ce document.

Une facture annuelle vous sera envoyée courant septembre.

ATTENTION, un prélèvement plus important sera effectué chaque mois du premier trimestre, correspondant à 12% de l'annuité par mois.

En cas de rejet de paiement, les frais vous seront imputés sur la facture, et le service comptabilité transmettra le dossier à un cabinet de recouvrement.

Demande de bourse

Je souhaite faire une demande de bourse : **OUI**
 NON

Si oui, joindre impérativement :

- à l'inscription : la déclaration d'impôts 2024 (sur les revenus 2023)
- à la rentrée : l'avis d'imposition 2024 (sur les revenus 2023)

Fait à, le / /

Parents et apprenants ont pris connaissance du projet éducatif et du règlement intérieur disponibles sur le site de l'établissement, ainsi que des informations, autorisations, modalités de paiement et en acceptent intégralement toutes les applications.

L'apprenant

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé » (*mention écrite à la main*).

Le père (ou son/sa représentant(e))

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé » (*mention écrite à la main*).

La mère (ou son/sa représentant(e))

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé » (*mention écrite à la main*).

Autre(préciser)

Signature, précédée de la mention « Lu et approuvé » (*mention écrite à la main*).

ATTENTION : INSCRIPTION DÉFINITIVE SEULEMENT À RÉCEPTION DE CES FEUILLES ACCOMPAGNÉES DES RÈGLEMENTS CI-DESSUS.

→ Documents de rentrée disponibles sur le site :

- ✓ Lettre de rentrée
- ✓ Liste des fournitures
- ✓ Calendrier (stages & vacances)
- ✓ Prévisions des projets
- ✓ Tarifs
- ✓ Liste de l'internat
- ✓ Mandat SEPA pour les prélèvements

IDENTIFICATION DE L'APPRENANT


NOM : **Prénom :**
Classe : **Né(e) le :**/...../.....

ÉTAT DES VACCINATIONS (SE REFERER AU CARNET DE SANTE DE L'APPRENANT)

VACCINS OBLIGATOIRES ⁽¹⁾	OUI	NON	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....	Coqueluche/...../.....
Tétanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....	Hépatite B/...../.....
Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....	Rubéole – Oreillons – Rougeole/...../.....
Ou DT Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....	BCG/...../.....
Ou Tétracoq	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>/...../.....	Autres (préciser)/...../.....

⁽¹⁾ Si l'apprenant n'a pas les vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat médical de contre-indication.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'APPRENANT

NOM du MÉDECIN DE FAMILLE : 

L'apprenant suit-il un traitement médical actuellement ? Oui⁽²⁾ Non

⁽¹⁾ Si OUI, merci de joindre l'ordonnance du médecin traitant avec les médicaments correspondants.

NOUS VOUS RAPPELONS QU'AUCUN MÉDICAMENT NE POURRA ÊTRE DONNÉ À L'APPRENANT SANS ORDONNANCE.

L'apprenant a-t-il des allergies... *(merci de cocher les cases correspondantes et pour chaque case cochée, préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir).*

- Asthme
- Alimentaires
- Médicamenteuses
- Autres

AUTRES INFORMATIONS & RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

L'apprenant est-il atteint d'une maladie ou d'une dyspraxie nécessitant un traitement spécial ?

Merci d'indiquer les traitements déjà effectués et le traitement suivi :

- Albuminurie Diabète Asthme Perte de connaissance Asthme Rhumatisme articulaire aigu
- Cardiopathie Épilepsie Eczéma Hépatite virale
- Trouble « Dys- » (à préciser) :
- Autres (à préciser) :

La pratique de certains sports lui est-elle interdite ? Si oui⁽³⁾, lesquels ?

⁽¹⁾ Merci de joindre un certificat médical le justifiant.

Suivi particulier


(merci de cocher les cases correspondantes)

- P.A.I** (Projet d'Accueil Individualisé) **P.P.S** (Projet Personnalisé de Scolarité)

Suivi social

(merci de cocher les cases correspondantes et de remplir les infos)

- Éducateur Famille d'accueil Assistante sociale DPASS Médecin scolaire Psychologue

M, Mme 

Adresse : CP Ville

ENGAGEMENT DU RESPONSABLE LÉGAL

Je soussigné(e), responsable légal de l'apprenant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche. J'autorise par la présente le responsable du voyage à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. Je certifie que les renseignements portés sur cette fiche sont exacts.

Fait à Le/...../..... **Signature du responsable légal :**

ATTENTION : évitez de confier son carnet de santé à votre enfant.

Si vous souhaitez transmettre au responsable du voyage des extraits du carnet de santé, faites des photocopies et joignez-les à cette fiche.



Je soussigné, (Nom – Prénom), père - mère - tuteur légal⁽¹⁾,
(1) Rayer la ou les mentions inutiles

Adresse complète :

☎ Domicile : ☎ portable :

☎ Travail :

NOM – PRÉNOM de l'APPRENANT :

Né(e) le :/...../..... interne demi-pensionnaire externe

Scolarisé(e) au **LEAP Sainte-Cécile - 12, rue Saint-Laurent - 41800 MONTOIRE-sur-le-LOIR** ☎ 02.54.85.01.83

En classe de 4^{ème} EA 3^{ème} EA CAPa 1 CAPa 2 2^{nde} SAPAT 1^{ère} Bac Pro T^{erm} Bac Pro

NOM du MÉDECIN DE FAMILLE : ☎

Autorise l'administration du LEAP Sainte-Cécile, à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par le médecin et à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence (y compris l'anesthésie) ou pour une hospitalisation⁽²⁾.

(2) L'hospitalisation se fera dans l'hôpital auquel l'établissement est rattachée.

Je souhaiterais, toutefois, dans la mesure du possible que mon enfant soit admis à l'hôpital ou à la clinique

Adresse : ☎

IMPORTANT

En cas de besoin, correspondants à prévenir : (merci d'écrire lisiblement)

Nom – prénom : ☎

Nom – prénom : ☎

Nom – prénom : ☎

✓ **ASSURANCE MALADIE RÉGIME GÉNÉRAL :**

N° d'immatriculation Sécurité Sociale du responsable légal :

CPAM (Sécurité Sociale)

Mutualité Sociale Agricole

C.M.U (Couverture Maladie Universelle)

Autres (à préciser) :

✓ **ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE CHIRURGICALE :**

Nom de la caisse ou de la Mutuelle :

RAPPEL, photocopies obligatoires en cours de validité à la rentrée

de l'attestation d'assuré social

de la carte vitale

de l'attestation de la mutuelle complémentaire

Signature du responsable légal :



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A)

ASS RESPONSABLE LEP RURAL SAINTE CECILE

à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **ASS RESPONSABLE LEP RURAL SAINTE CECILE**

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.

Référence unique du mandat :

Identifiant créancier SEPA : **FR44ZZ483054**

Débiteur :

Votre Nom*

Votre Adresse*

Code postal*

Ville*

Pays*

Créancier :

Nom

Adresse

Code postal

41800

Ville

MONTOIRE SUR LE LOIR

Pays

FRANCE

IBAN*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Paiement :

Récurrent/Répétitif

Ponctuel

Tiers débiteur

Tiers créancier

A* :

Le* :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature* :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nota : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

(*) Veuillez compléter les données obligatoires du mandat.

() Obligatoire si hors de l'EEE. Facultatif pour les opérations intra Espace Economique Européen (EEE).**

Les données personnelles recueillies dans le cadre du présent mandat sont destinées à n'être utilisées ou traitées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client et pour le respect des obligations légales et réglementaires. Ces données personnelles sont conservées pour la durée nécessaire à l'accomplissement des finalités pour lesquelles elles sont traitées et ce, dans le respect des obligations de sécurité et de confidentialité. Elles pourront donner lieu à l'exercice par le client de ses droits d'opposition, d'accès, d'effacement, de limitation et de rectification tels que prévus par la réglementation applicable en matière de protection des données à caractère personnel, par courrier à l'adresse du créancier suivante(A compléter) ou par E-mail à(A compléter)....

Veillez coller votre Relevé d'Identité Bancaire dans cette zone



Autorisation du représentant légal

Année scolaire 2024-2025

Allocation en faveur des lycéens de la voie professionnelle dans le cadre de la valorisation des périodes de formation en milieu professionnel

Je soussigné (e) (Nom, prénom) : _____

Représentant légal de l'élève mineur :

(Nom, prénoms) _____

Né(e) le _____ à _____

Inscrit au lycée LEAP Ste Cécile à Montoire sur le Loir en classe de _____

Autorise ce(tte) dernier(e) à recevoir sur son compte bancaire le virement de l'allocation dans le cadre de la valorisation des périodes de formation en milieu professionnel.

N'autorise pas ce(tte) dernier(e) à bénéficier de l'allocation en faveur des lycéens professionnels dans le cadre de la valorisation des périodes de formation en milieu professionnel. À ce titre, l'allocation est versée sur mon compte en tant que représentant légal de l'élève mineur (joindre RIB).

Conformément à l'arrêté du 11 août 2023 déterminant les montants et les conditions de versement de l'allocation aux lycéens de la voie professionnelle engagés dans des périodes de formation en milieu professionnel, **cette autorisation doit être accompagnée d'une copie de la pièce prouvant le lien entre le représentant légal et l'élève mineur ci-dessus mentionné (livret de famille, ...).**

En conformité avec ce choix, je :

- Certifie que les coordonnées bancaires transmises à l'établissement dont dépend (Nom, prénoms de l'élève) sont exactes ;
- Demande et accepte que tous les versements relatifs à l'allocation susmentionnée soient réalisés sur ces coordonnées de paiement pour la période relative à l'année scolaire en cours.

En cas d'erreur ou de modification des coordonnées bancaires au cours de l'année, le bénéficiaire et son représentant légal s'engagent à en informer l'établissement dont le bénéficiaire dépend et à lui communiquer dans les plus brefs délais un nouveau relevé d'identité bancaire.

En cas de changement d'établissement dans l'année, une nouvelle autorisation du représentant légal doit être transmise au nouvel lycée d'accueil.

Je reconnais être informé(e) des dispositions des articles 441-6 et 441-7 du Code pénal, ce dernier prévoyant " [...] qu'« est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui. »

Les informations que nous vous demandons au moyen de cette autorisation sont nécessaires pour le versement de l'allocation en faveur des lycéens de la voie professionnelle. Ces informations sont enregistrées dans le traitement de données Aplypro, mis en place sous la responsabilité du ministère de l'éducation nationale pour le respect d'une obligation légale au sens du c) du 1 de l'article 6 du RGPD. Vous pouvez exercer votre droit de retrait du consentement sur cette autorisation auprès de l'établissement dont le bénéficiaire dépend. Pour en savoir plus sur l'utilisation de vos données personnelles et sur l'exercice de vos droits dans le cadre de l'application Aplypro, vous pouvez consulter les mentions informatives relatives à la protection de données à caractère personnel disponibles sur la décision d'attribution annuelle remise à l'élève bénéficiaire.

Date et signature du représentant légal

[Document conservé en établissement en cas de contrôle par l'ASP]