

**ANNEE SCOLAIRE 2024-2025**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS**

Les informations que vous êtes tenus de fournir dans ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé d'informations nominatives. La Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés vous reconnaît un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant que vous pouvez exercer soit auprès de votre établissement, soit auprès de votre rectorat d'académie.

**IDENTITE DE L'ELEVE**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénoms : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

Code département : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Sexe :  Masculin  Féminin

**SCOLARITE 2024-2025**

Formation : \_\_\_\_\_

Langue vivante A : \_\_\_\_\_ Langue vivante B\* : \_\_\_\_\_

Doublement :  Oui  Non

Régime :  Externe  Demi-pensionnaire

**ATTENTION** : Le choix des langues vivantes et options est définitif. Aucun changement ne sera accepté après l'inscription.

**Les langues vivantes sont les même que celles suivies en 2023-2024.**

**SCOLARITE 2023-2024**

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ Classe : \_\_\_\_\_

Public  Privé  A l'étranger  Non scolarisé

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Langue vivante 1 : \_\_\_\_\_ Langue vivante 2 : \_\_\_\_\_

Doublement :  Oui  Non

Régime :  Externe  Demi-pensionnaire  Interne

**COORDONNEES DE L'ELEVE**

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_\_\_\_ Tél mobile : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**RESPONSABLE LEGAL (PAIE LES FRAIS DE SCOLARITE)**

Lien :  Père     Mère     Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Civilité :  Monsieur     Madame

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_\_\_\_ Tél travail : \_\_\_\_\_ Tél mobile : \_\_\_\_\_

Accepte les SMS  Oui     Non    Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Autorise à communiquer mon adresse aux associations de parents d'élèves  Oui     Non

Situation professionnelle :  Activité  Chômage  Retraite Profession : \_\_\_\_\_

**Code catégorie professionnelle à renseigner obligatoirement (voir annexe jointe)** : |\_|\_|\_|

Nombre total d'enfants à charge | | | Nombre total d'enfants en lycée et/ou collège public | | |

**RESPONSABLE LEGAL**

Lien :  Père     Mère     Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Civilité :  Monsieur     Madame

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_\_\_\_ Tél travail : \_\_\_\_\_ Tél mobile : \_\_\_\_\_

Accepte les SMS  Oui     Non    Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Autorise à communiquer mon adresse  Oui     Non

Situation professionnelle :  Activité  Chômage  Retraite Profession : \_\_\_\_\_

**Code catégorie professionnelle à renseigner obligatoirement (voir annexe jointe)** : |\_|\_|\_|

Nombre total d'enfants à charge | | | Nombre total d'enfants en lycée et/ou collège public | | |

**AUTRE PERSONNE A CONTACTER (EN CAS D'URGENCE)**

Lien :  Père     Mère     Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Civilité :  Monsieur     Madame

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Tél domicile : \_\_\_\_\_ Tél travail : \_\_\_\_\_ Tél mobile : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Signature du père

Signature de la mère

Signature du représentant légal

Signature de l'élève

## Annexe-Professions et catégories socio-professionnelles

<b>Codes à reporter en page 3</b> (rubrique "représentants légaux")	
Code	Libellé
<b>AGRICULTEURS EXPLOITANTS</b>	
10	Agriculteurs exploitants
<b>ARTISANS, COMMERCANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE</b>	
21	Artisans
22	Commerçants et assimilés
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
<b>CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES</b>	
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
<b>PROFESSIONS INTERMEDIAIRES</b>	
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
<b>EMPLOYES</b>	
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique
53	Policiers et militaires
54	Employés administratifs d'entreprise
55	Employés de commerce
56	Personnels des services directs aux particuliers
<b>OUVRIERS</b>	
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
<b>RETRAITES</b>	
71	Retraités agriculteurs exploitants
72	Retraités artisans, commerçants, chefs d'entreprise
74	Anciens cadres
75	Anciennes professions intermédiaires
77	Anciens employés
78	Anciens ouvriers
<b>PERSONNES SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE</b>	
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)

## **PIECES A JOINDRE POUR L'INSCRIPTION A LA DEMI-PENSION.**

- FICHE D'INSCRIPTION** remplie et signée par l'élève ET le responsable légal (*pour les élèves mineurs*)
- UN JUSTIFICATIF DE TARIF** (*à défaut le tarif le plus élevé sera appliqué*), au choix :
  - Copie de l'attestation de paiement CAF (*de moins de 3 mois*) **mentionnant le nom de l'élève et le quotient familial**

**OU**

- Attestation restauration scolaire 2024-2025, document issu de la calcullette de quotient familial de la Région Île de France disponible sur le site [www.iledefrance.fr/calcullette-quotient-familial](http://www.iledefrance.fr/calcullette-quotient-familial) accompagné de la COPIE de l'avis d'imposition 2024 (sur les revenus 2023), d'une COPIE intégrale du livret de famille et d'une COPIE des dernières prestations familiales.
- UN CHÈQUE à l'ordre du Lycée Elisa Lemonnier** correspondant à 10 repas (*en fonction de la tarification mais ne pouvant être inférieur à 15€*)  
(*préciser le nom et prénom de l'élève au dos du chèque*)  
(*Le chèque doit être signé, lisible, sans pliure, surcharge ou rature*)



**ÉLISA  
LEMONNIER**  
lycée polyvalent

Académie de Paris  
Région Île-de-France

## INSCRIPTION A LA DEMI-PENSION ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

L'inscription à la demi-pension se fait au moment des inscriptions au printemps 2024. L'inscription est possible en cours d'année en cas d'affectation tardive.

Nom de l'élève : ..... Prénom : .....

Classe en 2024-2025 : .....

### RESPONSABLE LEGAL (paie les frais de scolarité)

M  Mme  ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : .....

E-mail : ..... Téléphone : .....

### RESPONSABLE LEGAL

M  Mme  ..... Prénom : .....

Adresse : ..... Code postal : ..... Ville : .....

E-mail : ..... Téléphone : .....

Je certifie avoir pris connaissance du règlement intérieur de la demi-pension et avoir fourni les pièces complémentaires (*règlement intérieur et liste des pièces à fournir disponible sur le site du lycée rubrique Usagers \ Formulaires*).

A ....., le .....

Signature du responsable légal  
(Paie les frais de scolarité)

Signature du responsable légal

Signature de l'élève

## FICHE INFIRMERIE

Document non confidentiel : si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire par courrier à l'attention de l'infirmière de l'établissement.

Année scolaire 2024/2025

Classe : .....

NOM : .....

Prénom : .....

Garçon  Fille

Nationalité : .....

Date de naissance : .....

Lieu de naissance : .....

Boursier(e)  Oui  Non

Coller ici  
obligatoirement  
une photo récente

### ADRESSE du responsable légal de l'élève

NOM & Prénom : .....

Qualité : ..... Téléphone : .....

(Père-Mère-Tuteur-Directeur foyer-Educateur-Autre lien de parenté)

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Profession : ..... Profession : .....

**Père** Tél. Domicile : ..... **Mère** Tél. Domicile : .....

Tél. Travail : ..... Tél. Travail : .....

<b>EN CAS D'URGENCE PREVENIR</b>	M./Mme Qualité : Tél :	M./Mme Qualité : Tél :
--	------------------------------	------------------------------

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. L'établissement s'efforce de prévenir immédiatement la famille. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Dernier établissement fréquenté : .....

Public  Privé

Adresse de l'établissement : .....

Dernière classe suivie : .....

### FRERES ET SOEURS

Nom/Prénom	Né(e) le	Activité / classe

### PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (PAI)

Si votre enfant est atteint de troubles de santé nécessitant un traitement pendant le temps scolaire, un régime alimentaire, des aménagements (locaux, horaires) et/ou une conduite spécifique à tenir en cas d'urgence, veuillez prendre contact avec l'infirmière ou le médecin de l'établissement dès la rentrée scolaire au 01.40.01.89.33.

### AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous, soussignés, M. et/ou Mme ..... autorisons l'anesthésie de notre fils/fille ..... au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A ....., le .....

Signature des parents

Date de dernier rappel de vaccin antitétanique : .....

(Pour être efficace cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observation particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre, etc...) :

Nom, adresse et tél. du médecin traitant : .....

L'élève a-t-il un traitement prescrit par le médecin : Non  Oui

si oui, lequel : .....

Si ces traitements sont susceptibles d'être administrés dans l'établissement, nous vous demandons de joindre l'ordonnance et les médicaments dans une enveloppe cachetée.

Cadre réservé à l'infirmier

## **DON FACULTATIF A LA CAISSE DE SOLIDARITE** **Année scolaire 2024-2025**

« L'engagement de tous au service de chacun »

Le contexte socio-économique est actuellement délicat et incertain. Toute famille, tout lycéen ou étudiant peut alors rencontrer, ne serait-ce que momentanément, une situation financière difficile.

La caisse de solidarité est là pour apporter une réponse à ces situations en accordant une aide ponctuelle de nature sociale : restauration, internat, secours d'urgence, matériels scolaires, frais de transport, sorties et voyages scolaires...

La caisse de solidarité est abondée par la participation volontaire des familles.

La participation (5 euros minimum) est à adresser par chèque à l'ordre de « Lycée Elisa Lemonnier » et à remettre à l'inscription ou réinscription.

Merci de joindre le coupon ci-dessous à votre chèque.

Merci à chacun d'entre vous.

Le Proviseur



**DON FACULTATIF A LA CAISSE DE SOLIDARITE - 2024-2025** - *coupon à détacher et à joindre au chèque*

NOM – Prénom de l'élève : ..... Classe / niveau : .....

Montant du don : ..... *Merci d'indiquer au dos du chèque "Caisse de Solidarité"*

Date :

Signature :