

"INSCRIPTION"**MCCDR**

Madame, Monsieur,

A la Rentrée 2023, votre enfant va devenir élève au lycée hôtelier Quercy-Périgord ; je tiens à lui adresser mes souhaits de bienvenue.

Je veux aussi vous assurer de l'entière mobilisation de l'équipe pédagogique et éducative pour la réussite de son projet professionnel.

Nous comptons sur sa motivation, sur son assiduité et sur son investissement personnel dans le travail demandé.

Nous conjuguerons nos efforts pour lui donner une formation de qualité, alliant savoir-faire et savoir-être, compétences professionnelles et culture générale, mobilité et adaptabilité.

Notre objectif est de lui offrir toutes les chances d'une insertion réussie et des perspectives d'évolution pour l'avenir.

J'espère vivement pouvoir compter sur votre participation et votre collaboration dans toutes les instances de concertation et de délibérations au sein de notre communauté scolaire.

Je vous prie de recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

**La Provisseure,
Maryline Debuf**



Cette lettre accompagne le **"Dossier d'Inscription"** (8 feuilles à compléter) **ET IMPRIMER EN RECTO.**

- Fiche d'inscription - Autorisations diverses - Dossier de Bourses	- Fiche d'urgence - Dossier Infirmerie
---	---

Pièces à fournir avec le dossier d'inscription :

- ☐ 3 photos d'identité récentes avec nom, prénom et formation.
- ☐ 1 relevé d'identité bancaire
- ☐ Attestation d'assurance "responsabilité civile" **obligatoire en cours de validité** (à fournir au plus tard la deuxième semaine de la Rentrée)
- ☐ Photocopie recto-verso de la carte d'identité de l'élève.
- ☐ Photocopie de l'A.S.S.R. (Attestation scolaire sécurité routière)
- ☐ Journée de Préparation à la Défense : à partir de **16 ans**, fournir une photocopie du **recensement** ; à partir de **18 ans**, une photocopie du **certificat** de participation à la **JAPD**. Ces documents sont obligatoires pour s'inscrire à un examen.
- ☐ En cas de divorce ou de séparation, extrait du jugement notifiant la résidence habituelle de l'enfant.
- ☐ Décision d'affectation
- ☐ EXEAT (fourni par l'établissement d'origine)
- ☐ « **CARTE JEUNE** » : Si vous n'avez pas fait la demande (via internet) nous serons là pour vous aider.

Important!!!

PENSEZ A FAIRE LA DEMANDE DE BOURSES NATIONALES AUPRES DU COLLEGE ACTUEL

SITE

PHOTO

INSCRIPTION AU LYCEE « QUERCY PERIGORD »

Av. Roger Couderc BP 90006

46200 SOUILLAC

☎ : 05.65.27.03.00

ANNEE SCOLAIRE : 2023-2024

FORMATION : _____

Langue vivante 1 : Anglais ☐ Espagnol ☐

Langue vivante 2 : Anglais ☐ Espagnol ☐

Régime : Interne ☐

Demi-pensionnaire ☐

Externe ☐

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom : _____ Prénom : _____

Né(e) le : _____ à : _____ Département : _____

Adresse si différente des parents : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

Sexe : F ☐ M ☐ Nationalité : _____ Courriel électronique : _____

Téléphone portable : _____ N° S.S. : _____

Transport emprunté : _____ Ligne : _____

SCOLARITE DE L'ANNEE PRECEDENTE

Classe fréquentée : _____

Etablissement : _____ Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

RESPONSABLE LEGAL 1

Père ☐ Mère ☐ Autre membre de la famille ☐ Tuteur ☐

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

■ Dom : _____ ■ travail : _____ ■ portable : _____

Courriel électronique : _____

Situation professionnelle : _____ Profession : _____

RESPONSABLE LEGAL 2

Père ☐ Mère ☐ Autre membre de la famille ☐ Tuteur ☐

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

■ Dom : _____ ■ travail : _____ ■ portable : _____

Courriel électronique : _____

Situation professionnelle : _____ Profession : _____

CORRESPONDANT A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Prénom : _____

■ Dom : _____ ■ travail : _____ ■ portable : _____

Courriel électronique : _____

Nombre d'enfants à charge

A : _____

Le : _____

Signature de l'élève
OBLIGATOIRE

Signature du représentant légal
OBLIGATOIRE

2- AUTORISATIONS

année scolaire 2023-2024

Nom- Prénom :

Classe :

2.1 PRISE EN CHARGE PAR UN CORRESPONDANT

Recommandé pour les familles qui résident à plus d'1h30 du lycée

En cas de force majeure ne permettant pas la prise en charge par le Service d'Hébergement (fermeture de l'internat, grève...), le responsable légal **autorise** la prise en charge de son enfant par le correspondant suivant :

Nom	Adresse	Signature
Prénom	Téléphone	

2.2 DIFFUSION D'IMAGES

La loi relative au droit à l'image impose de demander une autorisation écrite au responsable légal pour l'exploitation interne au lycée et la diffusion de ces images sur un support numérique (site Internet). Ces images n'auront pas d'autres usages que pédagogiques. Elles ne seront ni communiquées à d'autres personnes, ni utilisées à but lucratif. Elles ne porteront en aucun cas atteinte à l'intégrité de l'enfant.

Cette autorisation est valable sans limitation de durée, quel que soit le tirage des publications concernées et ne donne lieu à aucune rémunération ou indemnisation.

Le responsable légal **autorise** **n'autorise pas** (barrer la mention non retenue) l'utilisation de l'image de son enfant pour des publications collectives à Souillac, sur le site internet du lycée et de l'Association Sportive, sur des documents internes à l'établissement, dans la presse, sur la vidéo interne.

Signature

2.4 RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU LYCÉE HÔTELIER QUERCY PÉRIGORD

Le règlement intérieur est disponible sur la page d'accueil de l'ENT
J'ai pris connaissance et j'accepte le RI du Lycée hôtelier Quercy Périgord

Signature de l'Elève

Signature des responsables légaux

FICHE D'URGENCE

(Année Scolaire 2023-2024)

PHOTO

(Document non confidentiel à remplir par les parents ou le responsable légal)

L'élève :

Nom	Prénom
Date de naissance	Classe

Les parents ou le responsable légal :

En cas d'urgence, l'élève 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 son responsable légal.

Nom et prénom	
Adresse	
Domicile	Portable du père
Voisin, Autres...	Portable de la mère
N° du travail du père	N° de travail de la mère

Le correspondant mandaté : La désignation d'un correspondant à proximité de l'établissement est recommandée. Cet adulte, mandaté par les responsables légaux, pourra prendre les mesures relatives à la prise en charge de l'élève en cas de problème de santé. Le correspondant mandaté **NE PEUT PAS** être un élève du lycée.

Nom	Adresse
Prénom	Téléphone

Sécurité Sociale

N° d'assuré	Adresse du centre de SS
-------------	-------------------------

Assurance scolaire

N° de contrat	Nom et adresse de l'assureur
---------------	------------------------------

Date du dernier vaccin antitétanique :

(Merci de joindre une **PHOTOCOPIE des vaccinations**).

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

Nom, adresse et téléphone du Médecin traitant :

Observations particulières : que vous jugerez utile de porter à la connaissance de l'établissement (ALLERGIE, TRAITEMENT en cours, PRECAUTIONS à prendre,...)

Les **MEDICAMENTS**, à prendre **PENDANT le TEMPS SCOLAIRE**, doivent être déposés à l'**INFIRMERIE** avec une **COPIE de l'ORDONNANCE**.

Si vous souhaitez nous transmettre des **INFORMATIONS CONFIDENTIELLES**, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin scolaire ou de l'infirmière de l'établissement.

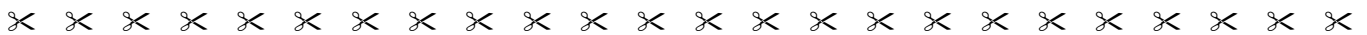
DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Année scolaire 2023-2024

Prénom	Nom
Date de naissance	Classe

L'élève est inscrit au Lycée des Métiers Hôteliers Quercy Périgord avenue Roger Couderc – BP 90006 46200 SOUILLAC France	Etablissement d'où vient l'élève (à compléter) Nom : Adresse : Commune et département : Pays :
---	--

REPONSE EN RETOUR	Date de la réponse :
Dossier complet - Dossier incomplet - Dossier non retrouvé - élève non inscrit dans l'établissement indiqué	
Autre raison de non-envoi :	



AMENAGEMENTS PEDAGOGIQUES

Nom : Prénom : Classe :

1. Veuillez indiquer ci-dessous si votre enfant a déjà bénéficié d'un :

- *Projet d'Accueil Individualisé (PAI)* ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser l'année scolaire du dernier PAI :

- *Programme Personnalisé de Réussite Educative (PPRE)* ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser l'année scolaire du dernier PPRE:

- Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) ☐ oui ☐ non

Si oui, préciser l'année scolaire du dernier PAP :

2. Votre enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge MDPH ? ☐ oui ☐ non

Signature :

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je, soussigné(e),docteur en médecine

Exerçant à Certifie avoir, en application du décret n° 88-977

du 11 octobre 1988, examiné

L ' ELEVE CLASSE :

Né(e) le.....

et constaté ce jour que son état de santé entraîne

une INAPTITUDE PARTIELLE

du au

Dans ce cas, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève,
préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée à:

- des types de mouvements (amplitude, vitesse, charge, posture ...) :

.....

- des types d'efforts (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire) :

.....

- la capacité à l'effort (intensité, durée...) :

.....

- des situations d'exercice et d'environnement (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques...) :

.....

une INAPTITUDE TOTALE

du au

.....

Fait à Le.....

Signature et cachet du médecin :

APTITUDE AUX TRAVAUX RÉGLEMENTÉS

Questionnaire pour la visite médicale en 1^{ère} année
à remplir par les parents ou tuteurs légaux de l'élève dans le cadre de
l'aptitude à suivre une formation professionnelle et obligatoire
(Code du travail : articles D4153-41 à D4153-47)

Carnet de santé obligatoire

Elève

Nom : Prénom :
Date de naissance : Section suivie :

Responsable légaux :

Nom : Prénom :
Téléphone :
Nom : Prénom :
Téléphone :

Votre enfant va suivre une formation professionnelle l'exposant à des travaux réglementés pour les mineurs (15 à 18 ans). Nous vous demandons de remplir le questionnaire ci-dessous en vue d'établir l'aptitude pour l'année scolaire 202...-202...

CE QUESTIONNAIRE DOIT ÊTRE OBLIGATOIREMENT REMPLI POUR SA FORMATION

Coordonnées du Médecin traitant :

.....
.....
.....

Antécédents médicaux :

- | | | S'il oui, précisez |
|---|---|-------------------------|
| • <u>Allergie :</u> | | |
| - respiratoire | oui ☐ non ☐ | ..... |
| - cutanée | oui ☐ non ☐ | ..... |
| - alimentaire | oui ☐ non ☐ | ..... |
| • Asthme | oui ☐ non ☐ | ..... |
| • Eczéma | oui ☐ non ☐ | ..... |
| • Epilepsie | oui ☐ non ☐ | ..... |
| • Diabète | oui ☐ non ☐ | ..... |
| • Maladie ostéo-articulaire | oui ☐ non ☐ | ..... |
| • <u>Sensoriel :</u> | | |
| - problème de vue | oui ☐ non ☐ | ..... |
| - problème d'audition | oui ☐ non ☐ | ..... |
| • Maladie cardiaque | oui ☐ non ☐ | ..... |
| • Toutes pathologies ou maladies qui vous semblent importantes à nous communiquer : |  | ..... ..... ..... |
.....
..... |

- A-t-il été hospitalisé, victime d'un accident ? Si oui, précisez :

.....

- A-t-il eu une perte de connaissance, un traumatisme crânien ? Si oui, préciser :

.....

Suivi actuel :

- A-t-il un suivi psychologique ? Si oui, précisez :

.....

- A-t-il un suivi médical ? Si oui, précisez :

.....

- A-t-il un traitement médical ? Si oui, précisez :

.....

- Autres suivis ? Si oui, précisez :

.....

- Hospitalisation ? Si oui, précisez :

.....

Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé, ses lunettes s'il en porte et copie de tous documents utiles en votre possession (copie de comptes rendus récents de radiographie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc...)

INFORMATION IMPORTANTE :

La consommation de produits psychoactifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences en cas d'utilisation de machines ou de conduites 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'élève :

Signatures des parents :

JOINDRE UNE PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATION
Questionnaire obligatoire à remettre au médecin le jour de la visite

Ce document est confidentiel et doit être remis sous pli cacheté à l'intention de l'infirmière du lycée

BOURSE DE LYCEE

Je soussigné(e) NOM PRENOM

Responsable légal(e) de l'Elève NOM PRENOM

☐ CERTIFIE avoir déposé le DOSSIER de DEMANDE de BOURSE dans l'Etablissement
VILLE

☐ ATTESTATION DE DROIT ouvert non reçue

☐ ATTESTATION DE DROIT ouvert reçue (Joindre une copie)

☐ CERTIFIE ne pas avoir droit aux bourses du Lycée car (hors barème)

DATE

SIGNATURE