

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## ANNÉE SCOLAIRE : 2026 – 2027

Merci d'écrire en lettres capitales, avec les traits d'union et tous les prénoms

Photo d'identité

*Insérer ici votre photo*

### IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom :

Prénom(s) (dans l'ordre de l'état civil) :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Date de naissance :  Commune de naissance :

Département de naissance :  Nationalité :

N° de téléphone portable de l'élève :

Courriel de l'élève :

Adresse postale si différente de celle du(des) responsable(s) :

Rue / lieu dit :

CP :  Ville :

Numéro de sécurité sociale de l'élève (pas les parents) :

Numéro figurant sur votre carte vitale ou sur l'attestation de droit téléchargeable sur le compte AMELI (rubrique bénéficiaires)

Régime : ☐ Externe ☐ Interne ☐ Demi-pensionnaire : ☐ 4 jours ☐ 5 jours

Statut : ☐ Scolaire ☐ Apprenti Boursier : ☐ OUI ☐ NON

**Classe :**

☐ Certificat de spécialisation  
Cuisinier en desserts de  
restaurant

**Langues:**

☐ Anglais

### DOCUMENTS À JOINDRE AU DOSSIER

- Imprimés joints complétés et signés (fiche urgence, autorisations travaux règlementés, autorisations)
- 2 photos d'identité (1 dossier, 1 infirmerie) (noter nom, prénom et classe au dos)
- Relevé d'Identité Bancaire ou Postal du responsable financier
- Attestation d'assurance pour l'année scolaire (dès que possible)
- Photocopie de la page des vaccins du carnet de santé
- Photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité de l'élève ou passeport en cours de validité ou titre de séjour
- Photocopie de l'attestation de recensement ou certificat de participation à la journée citoyenne et défense
- Photocopie du livret de famille complet (parents + tous les enfants)
- En cas de divorce, placement.. photocopie du jugement notifiant la garde et la résidence de l'élève
- Photocopie de l'avis d'imposition 2025 sur les revenus 2024 (dès que possible)

EN CAS DE CHANGEMENT DANS VOTRE SITUATION EN COURS D'ANNÉE (DÉMÉNAGEMENT, DÉCÈS, SÉPARATION, CHANGEMENT DE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ...), VOUS DEVEZ EN INFORMER LE SECRÉTARIAT DU LYCÉE DANS LES MEILLEURS DÉLAIS

*L'inscription n'est définitive qu'une fois le dossier complet, avec toutes les pièces demandées et remis au secrétariat du lycée.  
L'inscription au lycée vaut engagement, par l'élève et sa famille, de respecter les lois et le règlement intérieur du lycée.*



**La CARTE JEUNE est obligatoire pour entrer dans l'établissement, passer au self, avoir les manuels scolaires et l'équipement. Cette carte est à demander sur le site :**

**<https://www.laregion.fr/Demander-la-Carte-Jeune-Region>**

## **REPRÉSENTANT LÉgal 1 (responsable financier)**

A contacter en priorité : ☐ Lien avec l'élève : ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre (préciser) :

Nom :  Prénom(s) :

Adresse postale :

Rue / lieu dit :

CP :  Ville :

N° de téléphone : Domicile :  Travail :  Portable :

Courriel :

Profession :  Code profession (voir liste dernière page) :

Accepte de recevoir des SMS : ☐ OUI ☐ NON

Accepte la communication de mon adresse (postale et électronique) aux association de parents d'élèves : ☐ OUI ☐ NON

## **REPRÉSENTANT LÉgal 2**

A contacter en priorité : ☐ Lien avec l'élève : ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre (préciser) :

Nom :  Prénom(s) :

Adresse postale :

Rue / lieu dit :

CP :  Ville :

N° de téléphone : Domicile :  Travail :  Portable :

Courriel :

Profession :  Code profession (voir liste dernière page) :

Accepte de recevoir des SMS : ☐ OUI ☐ NON

Accepte la communication de mon adresse (postale et électronique) aux association de parents d'élèves : ☐ OUI ☐ NON

## **PERSONNE EN CHARGE DE L'ÉLÈVE** **(personne différente des représentants légaux chez qui réside l'élève)**

A contacter en priorité : ☐ Lien avec l'élève : ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre (préciser) :

Nom :  Prénom(s) :

Adresse postale :

Rue / lieu dit :

CP :  Ville :

N° de téléphone : Domicile :  Travail :  Portable :

Courriel :

Profession :  Code profession (voir liste dernière page) :

Accepte de recevoir des SMS : ☐ OUI ☐ NON

Accepte la communication de mon adresse (postale et électronique) aux association de parents d'élèves : ☐ OUI ☐ NON

## **AUTRE PERSONNE À CONTACTER**

A contacter en priorité : ☐ Lien avec l'élève : ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre (préciser) :

Nom :  Prénom(s) :

N° de téléphone : Domicile :  Travail :  Portable :

Courriel :

## HISTORIQUE DE SCOLARITÉ

Année scolaire précédente :

ETABLISSEMENT : NOM :  CP:  Ville :

Classe :  LVA :  LVB :

Statut : ☐ Scolaire ☐ Apprenti Régime : ☐ Externe ☐ Demi-pensionnaire ☐ Interne

## AMÉNAGEMENTS PÉDAGOGIQUES

Veuillez indiquer ci-dessous si votre enfant a déjà bénéficié :

D'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI) ☐ OUI - merci de préciser l'année scolaire du dernier PAI :

D'un Programme Personnalisé de Réussite Educative (PPRE) ☐ OUI - merci de préciser l'année scolaire du dernier PPRE :

D'un Plan d'Accompagnement Personnalisé (PAP) ☐ OUI - merci de préciser l'année scolaire du dernier PAP :

Votre enfant bénéficie-t-il d'une prise en charge MDPH ☐ OUI ☐ NON

## ÉTUDE AUTOMATIQUE DU DROIT À BOURSES

Si vous avez la charge de l'enfant que vous inscrivez (nourriture, logement, habillement), nous pouvons étudier si vous avez le droit à une bourse pour son année scolaire.

Pour cela, il vous suffit de remplir ou modifier les informations ci-dessous, pour vous-même et pour votre concubin(e), si vous êtes dans cette situation.

Ces informations sont indispensables pour nous permettre de récupérer automatiquement vos données fiscales. De cette manière, vous n'aurez pas besoin de faire une demande bourse à la rentrée.

Vous obtiendrez une réponse au cours du premier trimestre de l'année scolaire.

☐ J'accepte l'étude automatique de mon droit à bourse et je complète les informations ci-dessous

Vous-même :

Civilité : ☐ Mme ☐ M.

NOM de famille :

NOM d'usage :

Prénom 1 :  Prénom 2 :  Prénom 3 :

Date de naissance :  Pays de naissance :

Département de naissance :  Commune de naissance :

Votre concubin (e) :

Vous êtes en concubinage si vous vivez en couple sous le même toit, sans être marié ou pacsé (dans ce cas vous payez vos impôts séparément). L'accord de votre concubin(e) est indispensable pour cette démarche.

Civilité : ☐ Mme ☐ M.

NOM de famille :

NOM d'usage :

Prénom 1 :  Prénom 2 :  Prénom 3 :

Date de naissance :  Pays de naissance :

Département de naissance :  Commune de naissance :

L'inscription au lycée vaut engagement, par l'élève et sa famille, de respecter les lois et le règlement intérieur du Lycée Hôtelier Quercy-Périgord.

Nous soussignés, certifions l'exactitude des informations renseignées

Signatures : Représentants légaux

Élève

### Codes Catégories Socio-Professionnelles

| Code                                               | Libellé                                                               |
|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <b>AGRICULTEURS EXPLOITANTS</b>                    |                                                                       |
| 10                                                 | Agriculteurs exploitants                                              |
| <b>ARTISANS, COMMERÇANTS 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 INTERMÉDIAIRES</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>EMPLOYÉS</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 ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE</b>     |                                                                       |
| 81                                                 | Chômeurs n'ayant jamais travaillé                                     |
| 83                                                 | Militaires du contingent                                              |
| 84                                                 | Élèves, étudiants                                                     |
| 85                                                 | Personnes sans activité professionnelle < 60 ans (sauf retraités)     |
| 86                                                 | Personnes sans activité professionnelle ≥ 60 ans (sauf retraités)     |

# FICHE D'URGENCE

(Année Scolaire 2026 - 2027)

(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**, sont 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.

## APTITUDE AUX TRAVAUX REGLEMENTÉS

Questionnaire pour la visite médicale en 1<sup>ère</sup> 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 légal :

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 ETRE OBLIGATOIREMENT REMPLI POUR SA FORMATION

Coordonnées du Médecin traitant :

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

Antécédents médicaux :

- | • Allergie :                                                                        |                |     | Si oui, précisez |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----|------------------|
| - respiratoire                                                                      | oui            | non | .....            |
| - cutanée                                                                           | oui            | non | .....            |
| - alimentaire                                                                       | oui            | non | .....            |
| • Asthme                                                                            | oui            | non | .....            |
| • Eczéma                                                                            | oui            | non | .....            |
| • Épilepsie                                                                         | oui            | non | .....            |
| • Diabète                                                                           | oui            | non | .....            |
| • Maladie ostéo-articulaire                                                         | oui            | non | .....            |
| • Sensoriel :                                                                       |                |     |                  |
| - 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 : | .....<br>..... |     |                  |

- 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**

# AUTORISATIONS

année scolaire **2026 - 2027**

**Nom - Prénom :**

**Classe :**

## 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...),

Je soussigné(e), M./ Mme .....

**autorise** la prise en charge de mon enfant par le correspondant suivant :

NOM : ..... Prénom : .....

Adresse : .....  
.....

Téléphone : .....

Signature

## 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, réseaux sociaux de l'établissement, association sportive, presse ...). Ces images n'auront pas d'autres usages que pédagogiques.

Elles ne porteront en aucun cas atteinte à l'intégrité de l'enfant.

Cette autorisation est valable sans limitation de durée.

Je soussigné(e), M./ Mme .....

☐ **autorise**

☐ **n'autorise pas** (cocher la case souhaitée)

l'utilisation de l'image de mon enfant.

Signature

# TROUSSEAU INTERNAT

## A fournir par les familles :

### Pour la literie :

- ❖ Protège matelas en 90 cm
- ❖ Drap housse en 90 cm
- ❖ Couette et housse de couette ou drap plat et couverture
- ❖ 1 taie de traversin ou/et un oreiller avec sa taie

### Pour la toilette :

- ❖ Serviette
- ❖ Nécessaire de toilette

### Autres :

- ❖ 2 Cadenas (un de rechange en cas d'oubli de clés ou code)
- ❖ Chaussons



Les affaires doivent être reprises pour être régulièrement lavées soit tous les 15 jours pour les draps et impérativement au moment des vacances.

Nous vous conseillons de ne pas amener d'objets de valeur marchande ou sentimentale (Exemples : bijoux, enceinte, Airpods, Parfums (privilégier les vaporisateurs de voyage), vêtements, chaussures et accessoires de marque...)

L'établissement se décharge de toute responsabilité en cas de vol.

Sont interdits les objets électriques de type bouilloire, cafetière, console...

## Peut être prêté par l'établissement **SUR DEMANDE UNIQUEMENT** :

- ❖ 1 couverture
- ❖ 1 traversin