



Montluçon, le 8 juin 2022

Monsieur le Proviseur
Lycée Madame de Staël
BP 1147
03103 MONTLUÇON

Aux étudiants passant de ECG1 à ECG2



MINISTÈRE DE
L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Objet : Inscription en classe préparation économique 2^{ème} année

Madame, Monsieur,

**Les Conseillers
Principaux
d'Education**

M. DI COSTANZO

Téléphone

☎ 04 70 09 79 21

Courriel

✉ [david.di-
costanzo@ac-
clermont.fr](mailto:david.di-costanzo@ac-clermont.fr)

Adresse

Lycée Mme de Staël
BP 1147
03103 MONTLUÇON
CEDEX

Je vous prie de trouver ci-joint votre dossier d'inscription en classe préparatoire économique 2^{ème} année, merci de le remplir soigneusement et de le retourner au lycée (*à la date qui vous sera indiquée*).

Je vous rappelle que l'accord du conseil de classe pour votre passage en 2^{ème} année est indispensable à la validation de votre inscription.

Le jour de l'inscription, vous devrez joindre les pièces suivantes :

- La fiche de renseignements.
- La fiche d'urgence médicale.
- La fiche d'inscription pédagogique.
- Un chèque de 60€, à l'ordre de « L'Agent comptable du lycée Mme de Staël ».
- Un RIB ou postal (*sauf pour les externes non boursiers*).
- Une photo récente avec votre nom et votre prénom inscrits au dos.
- Un chèque de 10€ à l'ordre de la « Maison des lycéens » (*facultatif*) avec votre nom et prénom.

Les dossiers incomplets ne pourront pas être traités et l'inscription sera repoussée à une date ultérieure. Merci de votre compréhension.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

La Provisseur,
Béatrice DUFOUR

FICHE PEDAGOGIQUE – ECG2

INFORMATIONS DE L'ÉLÈVE

Nom :

Prénom :

N° de téléphone joignable en Juillet/Août (obligatoire) :

Régime demandé :

Externe

Demi-pensionnaire **5 jours**

Interne

Demi-pensionnaire **4 jours** (*sans Mercredi*)

Interne – Externe (3 repas sans la nuit)

CHOIX DES ENSEIGNEMENTS

LV1 :

Anglais

LV2 :

Anglais

Allemand

Espagnol

Italien

Arabe

Je déclare **accepter et confirmer** mon inscription en 2^{ème} année de classe préparatoire économique.

DATE ET SIGNATURE DE L'ÉTUDIANT/SIGNATURE D'UN RESPONSABLE LEGAL (*POUR LES MINEURS*)

PHOTO
OBLIGATOIRE

FICHE D'URGENCE

(Document non confidentiel à remplir par la l'élève
ou les responsables légaux)

Nom : Prénom :

Date de naissance : Tél. de l'élève majeur :

REPRESENTANTS LEGAUX

Nom – Prénom :

📍 Adresse :

.....

.....

☎ Tél. :

@ Mail :

Nom – Prénom :

📍 Adresse :

.....

.....

☎ Tél. :

@ Mail :

En cas d'urgence, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Indiquer, de préférence, un contact de votre entourage susceptible de vous prévenir rapidement.

Nom – Prénom : ☎ N° de tél. :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital ou le service de soins le mieux adapté, déterminé par le SAMU Centre 15. Les responsables légaux sont immédiatement avertis par l'établissement scolaire. Un élève mineur ne peut pas sortir de l'hôpital ou du service de soins sans être accompagné d'un de ses parents ou de son responsable légal.

Votre enfant a-t-il un **accompagnement spécifique** pour sa scolarité ? Oui Non

Si oui, quel dispositif ?

 PAI PPSSouhaitez-vous évoquer **un point particulier sur la santé** de votre enfant ? Oui Non

Si oui, et/ou si votre enfant bénéficie d'un PAI et/ou d'un PPS, veuillez renseigner la fiche de santé confidentielle, à remettre sous enveloppe cachetée à l'attention du personnel infirmier de l'établissement.

Lors de la **première inscription** dans l'établissement, fournir la photocopie des vaccinations avec la fiche confidentielle de santé, sous enveloppe cachetée, à l'attention du personnel infirmier de l'établissement.

DATE :

SIGNATURE (ELEVE + RESPONSABLE LEGAL) :

PHOTO
OBLIGATOIRE

FICHE DE SANTE CONFIDENTIELLE

(Document non confidentiel à remplir par l'élève
ou les responsables légaux)

Nom : Prénom :
Date de naissance : Tél. de l'élève majeur :

REPRESENTANTS LEGAUX

Nom – Prénom :	Nom – Prénom :
☰ Adresse :	☰ Adresse :
.....
.....
☎ Tél. :	☎ Tél. :
@ Mail :	@ Mail :

MEDECIN TRAITANT : NOM : TELEPHONE :

Votre enfant est-il porteur d'une pathologie chronique ? OUI NON
Si oui, laquelle :

Votre enfant présente-t-il des allergies :
Alimentaires ? OUI NON
Médicamenteuses ? OUI NON
Lesquelles ?

Devra-t-il prendre un traitement sur le temps scolaire : OUI NON
Rappel du règlement intérieur : Pour toute prise de traitement pendant le temps de présence dans l'établissement scolaire, les médicaments et un double de la prescription médicale seront déposés auprès des infirmiers.

Votre enfant bénéficie-t-il et/ou souhaitez-vous qu'il bénéficie d'un PAI ? OUI NON
Votre enfant bénéficie-t-il d'un PPS ? OUI NON

Merci de joindre, **par papier libre ajouté conjointement à ce document**, toute indication complémentaire sur la santé de votre enfant qui semble importante de porter à la connaissance du personnel de santé de l'établissement.

DATE :

SIGNATURE (ELEVE + RESPONSABLE LEGAL) :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Attention ! Fournir obligatoirement une adresse mail valide.

IDENTITE DE L'ÉLÈVE

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Département : Nationalité :

SCOLARITE DE L'ANNEE 2021 – 2022

Classe :

Etablissement : Commune :

RESPONSABLE LEGAL N°1 ET FINANCIER – REGLEMENT DES FACTURES

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

☎ Dom. : ☎ Travail : ☎ Portable :

✉ Mail : Profession :

RESPONSABLE LEGAL N°2 :

Nom : Prénom :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

☎ Dom. : ☎ Travail : ☎ Portable :

✉ Mail : Profession :

AUTRE RESPONSABLE OU PERSONNE A CONTACTER

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

☎ Dom. : ☎ Travail : ☎ Portable :

ADRESSE DE L'ÉLÈVE SI DIFFÉRENTE DE CELLE DES PARENTS

Adresse :

Code postal : Commune :

☎ N° de téléphone de l'élève :

✉ Adresse mail :