

FCIL

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

NOM : Fille
Prénoms : Garçon
Né(e) le : à
Nationalité : Département de naissance :
Courriel élève : @ ☎ Portable élève :

SCOLARITÉ A VENIR

Classe : FCIL
Régime : Externe D-P 4 jours (pas le mercredi) D-P 5 jours Interne

SCOLARITÉ PRÉCÉDENTE

Etablissement précédent :
Code postal : Commune : Classe :

RESPONSABLE LEGAL 1

Lien de parenté :

Paie les frais de scolarité Perçoit les aides

NOM : Prénom :
Adresse :
Code postal : Commune :
☎ Domicile : ☎ Travail : ☎ Portable :
Courriel : @ Accepte les SMS : Oui Non
 Marié(e) Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)
Situation / emploi : En emploi Chômage Préretraite Autre :
Profession actuelle :

RESPONSABLE LEGAL 2

Lien de parenté :

Paie les frais de scolarité Perçoit les aides

NOM : Prénom :
Adresse :
Code postal : Commune :
☎ Domicile : ☎ Travail : ☎ Portable :
Courriel : @ Accepte les SMS : Oui Non
 Marié(e) Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)
Situation / emploi : En emploi Chômage Préretraite Autre :
Profession actuelle :

AUTRE PERSONNE A CONTACTER

Lien de parenté :

NOM : Prénom :
☎ Domicile : ☎ Travail : ☎ Portable :
Accepte les SMS : Oui Non

AUTRE RENSEIGNEMENTS : Frère(s) et Sœur(s)

NOM Prénom	Date de naissance	Classe + Établissement	Enfant à charge	
			Oui	Non

POUR LES ÉLÈVES MINEURS (et pour les élèves atteignant leur majorité dans l'année)

Je soussigné(e),

Responsable légal de l'élève mineur

- ✓ Demande à ce que mon enfant soit inscrit pour l'année scolaire 2026-2027 au LPO Dr Clément de Pémille.
- ✓ A ce titre, je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du lycée et de ses annexes, mis à ma disposition par le biais de l'ENT : <https://pemille.mon-ent-occitanie.fr> et m'engage à ce que mon enfant les respecte dans leur intégralité.
- ✓ Reconnaît avoir pris connaissance que les sorties pédagogiques à titre gratuit sont obligatoires.
- ✓ Autorise le lycée à communiquer par écrit mon adresse aux associations de parents d'élèves : Oui Non
- ✓ Autorise l'établissement à prendre mon enfant en photo pour le trombinoscope : Oui Non*
* en cas de refus, fournir une photo d'identité
- ✓ Autorise mon enfant mineur à quitter l'établissement en l'absence de cours.

Fait à, le

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2

POUR LES ÉLÈVES MAJEURS (et pour les élèves atteignant leur majorité dans l'année)

Je soussigné(e),

- ✓ Demande à être inscrit pour l'année scolaire 2026-2027 au LPO Dr Clément de Pémille.
- ✓ A ce titre, je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du lycée et de ses annexes, mis à ma disposition par le biais de l'ENT : <https://pemille.mon-ent-occitanie.fr> et m'engage à ce que mon enfant les respecte dans leur intégralité.
- ✓ Je reconnais avoir pris connaissance que les sorties pédagogiques à titre gratuit sont obligatoires.
- ✓ Autorise le lycée à communiquer par écrit mon adresse aux associations de parents d'élèves : Oui Non
- ✓ Autorise l'établissement à me prendre en photo pour le trombinoscope : Oui Non*
* en cas de refus, fournir une photo d'identité

J'autorise l'établissement à communiquer toutes informations concernant ma scolarité à mes parents :

Oui

Non

Cette autorisation prendra effet à la majorité de l'élève pour le cas où celui ci ne serait pas majeur au moment de la signature, et pourra être modifiée ultérieurement.

Date et signature :

Je soussigné(e), parent(s) de l'élève
atteste avoir pris connaissance des informations ci-dessous.

Date et signature :

LA CARTE JEUNE

La demande de la carte jeune Région est obligatoire. Elle permet de pouvoir accéder à l'établissement, manger au lycée, régler la cotisation UNSS et la dotation aux premiers équipements.

Elle est à faire en ligne sur le site : <https://sitejeune.laregion.fr/>

A l'issue de votre inscription sur le site de la région, il vous sera donné une attestation de demande de carte jeune.

Numéro de la carte jeune :

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

NOM : Fille
Prénoms : Garçon
Date de naissance : Classe :

RÉGIME

Externe Demi-pensionnaire 4 jours (pas le mercredi) Demi-pensionnaire 5 jours Interne

**Les changements entre DP4 ou DP5 pourront se faire jusqu'à la 3^{ème} semaine après la rentrée.
Par la suite, tout changement de régime prendra effet en début de trimestre.**

Toutes les demandes doivent être écrites par les responsables légaux (sec-gest.0811341t@ac-toulouse.fr)

BOURSES

Boursier en 2025-2026 : Oui Non

Etablissement fréquenté en 2025-2026 :

ÉTUDE AUTOMATIQUE DU DROIT A LA BOURSE

Attention : les élèves des classes de DNMADE et les apprentis ne sont pas concernés.

Si vous avez la charge de l'enfant que vous inscrivez (nourriture, logement, habillement...), nous pouvons étudier si vous avez **droit à une bourse pour l'année scolaire**. Pour cela, remplissez ou modifiez les informations ci-dessous. Le service en charge de votre dossier pourra alors récupérer automatiquement votre situation fiscale. Ainsi, vous n'aurez pas besoin de faire une demande de bourse à la rentrée et vous obtiendrez une réponse au cours du **premier trimestre de l'année scolaire**.

Si nous avons besoin d'informations complémentaires, nous vous contacterons.

Non, je refuse

Oui, j'accepte l'étude automatique de mon droit à la bourse

Responsable qui demande la bourse : (Joindre un RIB)

Nom de famille* (1) :

Nom d'usage (2) :

Prénom 1* (3) : Prénom 2 : Prénom 3 :

Date de naissance* : Pays de naissance* :

Département de naissance* (4) : Commune de naissance* (4) :

Vivez-vous en couple, sous le même toit, sans être marié(e) ni pacsé(e) (concubinage) ? Oui Non

Si oui, complétez la partie ci-dessous pour votre concubin(e) : votre concubin(e) paye ses impôts séparément, et pour l'étude du droit à la bourse, il est nécessaire de récupérer également sa situation fiscale. Son accord est donc indispensable pour cette démarche.

Nom de famille de votre concubin(e)* (1) : Sa civilité* : Mme M.

Son nom d'usage (2) :

Son prénom 1* (3) : Son prénom 2 : Son prénom 3 :

Sa date de naissance* : Son pays de naissance* :

Son département de naissance* (4) : Sa commune de naissance* (4) :

(1) Nom de naissance obligatoire - (2) A compléter si différent du nom de naissance

(3) Tous les prénoms dans l'ordre de l'état civil - (4) Département (ex : 075) et commune de naissance

RESPONSABLE LÉGAL

Lien de parenté :

 Paie les frais de scolarité Perçoit les bourses

NOM : Prénoms :

Né(e) le : A :

Adresse :

Code postal : Commune :

☎ Téléphone : Adresse mail :

RESPONSABLE LÉGAL

Lien de parenté :

 Paie les frais de scolarité Perçoit les bourses

NOM : Prénoms :

Né(e) le : A :

Adresse :

Code postal : Commune :

☎ Téléphone : Adresse mail :

CONTACTSecrétariat de gestion : sec-gest-0811341t@ac-toulouse.fr**JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RIB AU NOM DU DEMANDEUR DE LA BOURSE****Je certifie l'exactitude des informations renseignées ci-dessus.**

Fait à, le

Nous vous remercions de bien vouloir remplir complètement ce document.

Nom : Prénom :

Classe : Régime : EXT DP4 DP5 INT

Date de naissance : Lieu de naissance :

Nom et adresse du responsable légal :

.....

☎ Domicile : ☎ Portable :

Autre personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Adresse :

Qualité [père, mère, autre (précisez)] :

☎ Domicile : ☎ Portable personnel :

Portable professionnel :

Nom et prénom du médecin traitant :

Adresse :

☎ :

Nom et adresse de l'établissement scolaire fréquenté l'année précédente :

..... Classe :

ANTÉCÉDENTS DE L'ÉLÈVE

Si l'élève présente une **maladie chronique**, un **Projet d'Accueil Individualisé** doit être mis en place. Le PAI permet d'assurer la surveillance et les traitements nécessaires à l'élève pendant le temps scolaire.

Merci de vous adresser, dès que possible, à l'infirmier du lycée.

Baisse de l'acuité visuelle : OUI NON

Port de lunettes : OUI NON

Port de lentilles de contact : OUI NON

Baisse de l'acuité auditive : OUI NON

Port de prothèse auditive : OUI NON

✓ Asthme : Date d'apparition :

Traitement en cours :

✓ Diabète : Date d'apparition :

Traitement en cours :

✓ Problèmes cardio-vasculaires : Date d'apparition :

Traitement en cours :

✓ Epilepsie :

Date d'apparition :

Traitement en cours :

✓ Allergies :

.....

Protocole d'urgence :

Traitement en cours :

✓ Autres maladies (mêmes celles de la petite enfance) :

Dates :

Traitement en cours :

VACCINATIONS

Joindre obligatoirement à ce dossier paramédical la photocopie des vaccinations suivantes :

↻ DTPOLIO (rappel tous les 5 ans)

↻ BCG

↻ ROR

S'il existe une contre-indication vaccinale : fournir un certificat médical.

TRAITEMENT PRESCRITS AUX ÉLÈVES

Tout traitement médical nécessaire à l'élève pendant le temps scolaire doit :

↻ Etre déposé à l'INFIRMERIE.

↻ Etre accompagné d'une ordonnance récente.

ÉDUCATION PHYSIQUE

L'élève est-il inapte à la pratique d'EPS ? OUI NON

A t-il été inapte l'année précédente ? OUI NON

Si l'élève est inapte : **fournir un certificat médical d'inaptitude à la pratique de l'EPS.**

Ce certificat doit être daté et doit indiquer le caractère total ou partiel de l'inaptitude à pratiquer l'activité sportive, ainsi que la durée de sa validité. Il n'a d'effet que pour l'année scolaire en cours. (cf. règlement intérieur du lycée)

Nom : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Nom et adresse du responsable légal :

.....

N° de sécurité sociale et adresse du centre :

.....

N° de l'assurance scolaire et adresse :

.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

☎ Domicile :

☎ Portable responsable légal 1 : ☎ Travail responsable légal 1 :

☎ Portable responsable légal 2 : ☎ Travail responsable légal 2 :

Nom et N° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....

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. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital **qu'accompagné de sa famille ou de son correspondant.**

AUTORISATION DE RETOUR (élèves internes uniquement)

En cas de soins ne nécessitant pas d'hospitalisation, j'autorise l'établissement hospitalier à prendre toute mesure nécessaire pour le retour de mon enfant interne mineur dans la structure scolaire.

Date : Signature des responsables légaux

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

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

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)

.....

.....

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

.....

ADMINISTRATION

- Une photocopie recto et verso de la carte d'identité de l'élève (ou de sa carte de séjour)
- Une photocopie du livret de famille complet
 - En cas de divorce, pensez à fournir la partie du jugement attribuant l'autorité parentale
- Attestation d'assurance scolaire « responsabilité civile »
- Photocopie de l'attestation de Recensement (élève de nationalité française et ayant 16 ans)
OU attestation Journée De Citoyenneté (élève ayant 18 ans)

Vous devez vous rapprocher de la mairie de votre ville pour obtenir ce documents

INTENDANCE

- Un RIB au nom du demandeur / bénéficiaire de la bourse

SANTÉ

- Copie du carnet de vaccinations
- Si votre enfant bénéficie d'un aménagement (PAP, PAI ou PPS), vous devez fournir une copie de celui-ci ou un document qui l'atteste

TROUSSEAU POUR L'INTERNAT

- Un protège-matelas
- Un ensemble de draps de lit en 90cmx190cm
- Un traversin ou un oreiller avec une taie
- Une couverture ou une couette avec une housse
- Le linge de nuit
- Le nécessaire de toilette
- Deux gros cadenas à clés uniquement (pour l'armoire et le bureau)

