



LPO Melkior Garré
Route de Montabo
BP 5017
97305 Cayenne
Tel : 0594297820
Fax : 0594297845
9730309y@ ac-guyane.fr

**DOSSIER
D'INSCRIPTION
ET
REINSCRIPTION**

Année scolaire : 20.../20.....

Photo
Récente

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE ou de l'ÉTUDIANT

(Tout changement devra être immédiatement signifié au secrétariat de la scolarité, n° de téléphone, adresse du domicile, messagerie, par courrier ou dépôt ou via les téléservices compte Scolarité Services)

NOM : Prénom :

Date de naissance : / /

Sexe : F M

Lieu de naissance et pays : Nationalité :

Régime : Externe Demi-pensionnaire Interne Boursier : OUI NON

Adresse de l'élève (en semaine) :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile de l'élève : 05 94 Tel mobile (élève) : 06.....

Adresse électronique (élève) : @

Si vous prenez le bus, précisez :

Lieu de départ/retour : N° de ligne :

Nom du transporteur :

Pour les étudiants : Affiliation à la sécurité sociale étudiante LMDE SMERAG

Autre cas (préciser) :

Nom de l'élève : Prénom : Classe :

PARENTS OU RESPONSABLES LEGAUX de l'élève ou de l'étudiant
(Tout changement devra être immédiatement signifié au secrétariat de la scolarité, n° de téléphone, adresse du domicile, messagerie, par courrier ou dépôt ou via les téléservices compte Scolarité Services)

Responsable 1 : père mère tuteur légal

A REMPLIR OBLIGATOIREMENT POUR VALIDER L'INSCRIPTION

NOM :Prénom :

Adresse :

..... Code Postal : Ville :

Tél : 0594 Mob : 06..... Mail : @

Profession :Tel Travail : 0594

Responsable 2 : père mère tuteur légal

NOM :Prénom :

Adresse :

..... Code Postal : Ville :

Tél : 0594 Mob : 0694..... Mail : @

Profession :Tel Travail : 0594

Nombre total d'enfants à charge dont dans le 2nd degré (collège/lycée).....

Date et signature Responsable 1 :	Date et signature Responsable 2 :
-----------------------------------	-----------------------------------

Pour les élèves qui ne rentrent pas chez leurs parents durant la semaine

Famille d'accueil : Madame Monsieur

NOM Prénom :

Adresse : Code Postal

Ville : Tél : 0594 Mobile : 0694

Mail : @

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (NOM et Prénom).....

Adresse mail des parents :.....

Responsable de l'élève (NOM et Prénom de l'élève).....

Adresse mail de l'élève :

Classe :.....

Certifie sur l'honneur que l'adresse suivante:

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

et les numéros de téléphone suivants ,(parents et élève préciser) :

(Téléphone mobile):/.....

(Téléphone fixe)/.....

sont les coordonnées postales et téléphoniques par lesquelles je souhaite être contacté(e) par l'établissement pour toute situation relative à la scolarité de mon enfant(*), y compris les urgences médicales.

En cas de changement de numéro de téléphone, ou d'adresse, je m'engage à transmettre dans les plus brefs délais mes nouvelles coordonnées au service de la vie scolaire.

Je suis informé(e) que l'établissement ne peut être tenu pour responsable d'un défaut d'information dans le cas où l'adresse et le numéro de téléphone ne seraient pas mis à jour.

Monsieur, Madame..... Date

Signature :

(*) L'établissement édite quotidiennement des SMS pour le suivi des absences et des punitions, il transmet par ailleurs régulièrement des informations par SMS notamment pour les réunions.

À L'ATTENTION DES PARENTS : ✓ À compléter et déposer lors de l'inscription
✓ DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année

ÉLÈVE

NOM : Mme M.

Prénom :

Date de naissance :

Entrée en classe de :

Parents ou Responsable légal

Lien avec l'élève :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

NOM : Mme M.

N° de tél. :

Adresse :

Personne susceptible de vous prévenir rapidement

Lien avec l'élève :

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.

NOM : Mme M.

N° de tél. :

Joindre la photocopie des vaccinations du carnet de vaccination

L'élève a-t-il eu un **PAP** ? (dyslexie, dyspraxie, ..) **Oui** (le joindre et informer le professeur principal de votre enfant à la rentrée) **Non**

L'élève a-t-il eu un **PAI** ? **Oui** (le joindre et informer le professeur principal de votre enfant à la rentrée) **Non**

L'élève a-t-il eu un **PPS** ? **Oui** (le joindre et informer le professeur principal de votre enfant à la rentrée) **Non**

L'élève a-t-il eu un **GEVASCO** ? **Oui** (le joindre et informer le professeur principal de votre enfant à la rentrée) **Non**

Observations particulières

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

Maladie dont est atteint votre enfant :

Joindre, sous pli cacheté confidentiel pour le médecin scolaire, les documents établis par votre médecin traitant :

- une ordonnance récente précisant les besoins thérapeutiques
- un protocole d'urgence précisant : les signes d'appel, les symptômes visibles, les mesures à prendre et les informations à donner aux médecins des services d'urgence dans le cas où la maladie évolue par crises ou par accès

LES TRAITEMENTS RÉGULIERS DOIVENT ÊTRE DÉPOSÉS A L'INFIRMERIE AVEC L'ORDONNANCE DU MÉDECIN.

Médecin traitant

Adresse :

NOM : Mme M.

N° de tél. :

Le

Signature des responsables légaux

FICHE SCOLARITE 2024 – 2025

Filières Professionnelles

Nom : Sexe :

Prénom : Date de Naissance : / /

Pour toute inscription en 1^{ère} année de CAP et 2nde BAC Pro, joindre obligatoirement la notification

**Filières
CAP**

	Niveau :	1 ère	Terminale
PSR : Production Services Restauration-----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AAGA : Agent Accompagnant au Grand Age -----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MMV : Métiers de la Mode et du vêtement :			
Option Couture flou -----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuisine : compléter la seconde page (au verso)-----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CSHCR : Commercialisation et Services en Hôtel Café Restaurant		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AEPE : Accompagnant Educatif Petite Enfance -----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langue Vivante : ANGLAIS			

L'inscription en classe de Terminale est soumise à la validation des stages

**Filières
BAC PRO**

	Niveau :	2nde	1 ère	Terminale
Cuisine : compléter la seconde page (au verso)-----		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LV2 OBLIGATOIRE : <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Portugais				
CSR : Commercialisation Services en Restauration		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LV2 OBLIGATOIRE : <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Portugais				
ASSP : Accompagnement Service Soins à la Personne :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Option Domicile (Pas de LV2) -----				<input type="checkbox"/>
Option Structure (Pas de LV2) -----				<input type="checkbox"/>
AEPA : Animation Enfance Personne Agée		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LV2 OBLIGATOIRE : <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Portugais				
MMV : Métiers de la Mode et du Vêtement (Pas de LV2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MAVI : Marchandisage Visuel (Pas de LV2)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L'inscription en 1ère et Terminale est soumise à la validation des stages

Mentions

MC BAR : Mention Complémentaire Employé Barman	<input type="checkbox"/>
MC ADOM : Mention Complémentaire Aide à Domicile	<input type="checkbox"/>
MC ERV : Mention Complémentaire Essayage Retouche Vente	<input type="checkbox"/>

Complémentaires

SCOLARITE PRECEDENTE (année 2023-2024):

Classe :

Etablissement :

Redoublant : OUI NON

Boursier : OUI NON

Date et signature du représentant
légal de l'élève :

Liste des pièces à fournir

Les dossiers incomplets seront refusés.

	Réinscription	Nouvel Elève	Nouvel Etudiant	Réservé au service
Photos d'identité récentes	3 photos	4 photos	4 photos	
Dossier d'inscription complété et signé		X	X	
Fiche de scolarité complétée et signée	X	X	X	
Fiche d'inscription mise à jour et signée	X			
Fiche infirmerie complétée et signée	X	X	X	
Fiche de renseignements médicaux confidentiels (à remettre sous enveloppe cachetée pour le médecin scolaire)	X	X	X	
Photocopie du carnet de vaccination		X	X	
Notification d'affectation		X	X	
Exéat		X	X	
Les 2 ou 3 derniers bulletins scolaires		X	X	
Assurance scolaire	X	X	X	
Récépissé du CDI (Quitus de la remise des manuels)	X			
Relevé des notes du BAC (pour les redoublants de terminale)	X			
RIB (Uniquement pour les demandeurs de bourse)	X	X		

Pièces spécifiques en vue de l'inscription à l'examen (candidats de CAP/BEP/BAC/BTS/MC)

Copie de la pièce d'identité (carte d'identité, passeport, titre de séjour...)	X	X	X	
Attestation de recensement à partir de 16 ans ou Certificat de participation ou convocation à la Journée Défense Citoyenneté (pour les plus de 18 ans) Uniquement pour les élèves de nationalité française	X	X	X	
Enveloppe cartonnée format A4 timbrée pour l'envoi du diplôme facultative	X	X	X	

Pièces spécifiques aux ETUDIANTS (BTS – 3PE)

Relevé de notes du BAC + NOTIFICATION DE BOURSE OBLIGATOIRE (pour les élèves boursiers)	X		X	
---	---	--	---	--

La présence d'un responsable pour l'inscription de tous les élèves mineurs est obligatoire