

Classe 2022-2023 :

Fiche de Renseignements à rendre à partir du 12 **JUIN**

Remplir ou corriger LISIBLEMENT en rouge tous les cadres

Classe 2023-2024 (réservé à l'administration) :

ÉTAT CIVIL DE L'ÉTUDIANT

Nom :
Prénom :
Sexe :
Nationalité : né(e) le : N° SS :
Commune et n° département de naissance :
Pays de naissance :
Adresse :
Code postal : Commune :
Portable de l'élève (Indispensable) :
Adresse Mail de l'élève (Indispensable) :

COORDONNÉES DES RESPONSABLES

RESPONSABLE Légal 1 (paie les frais scolaires) :

Nom : Prénom :
Situation familiale : seul(e) conjoint
Lien de parenté avec l'élève :
Situation d'emploi : En Activité Sans emploi Retraité(e) Autre
Profession :
Adresse :
Code Postal : Commune : Pays :
Téléphone portable :
Téléphone professionnel :
Mail personnel :

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves: OUI ou NON

RESPONSABLE Légal 2 (différent du responsable légal 1, obligatoire) :

NOM : Prénom :
Situation familiale : seul(e) conjoint
Lien de parenté avec l'élève :
Situation d'emploi : En Activité Sans emploi Retraité(e) Autre
Profession :
Adresse :
Code Postal : Commune : Pays :
Téléphone portable :
Téléphone professionnel :
Mail personnel (différent du légal 1) :

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves: OUI ou NON

Frère (s) et/ou soeur(s) scolarisé(e)s dans l'établissement y compris en 2022-2023 : Oui Non

NOM : Prénom : DNMADE

PERSONNE AYANT LA CHARGE EFFECTIVE DE L'ETUDIANT (La personne en charge, lorsqu'elle existe, est **différente des représentants légaux** de la page précédente : elle n'a pas l'autorité parentale sur l'élève mineur, elle héberge l'élève sur décision de justice ou avec l'accord des parents, et elle est responsable de l'obligation scolaire).

Lien avec l'étudiant ou structure * :

NOM : **Prénom :**

Adresse :

Téléphone portable : **Téléphone professionnel :**

Mail :@.....

*Le lien avec l'élève est à choisir parmi : mère, père, ascendant (grand-parent), fratrie (soeur, frère), autre membre de la famille (oncle, tante, cousin, etc.), tuteur, élève lui-même (pour les élèves majeurs), Aide Sociale à l'Enfance, éducateur, assistant familial, autre lien (ex : beau-parent).

Dernier établissement scolaire fréquenté

Classe :

Nom de l'Etablissement précédent :

Nature de l'Etablissement : Public Privé **Commune :**

CORRESPONDANT LOCAL susceptible de se rendre en **urgence** et immédiatement au lycée **si l'élève est interne**

lien de parenté avec l'élève :

NOM Prénom :

Adresse :

Téléphone portable : **Téléphone professionnel :**

Mail :@.....

Documents à joindre au dossier

- photocopie de la pièce d'identité ou extrait de l'acte de naissance de l'élève ou du livret de famille complet
- justificatif de domicile des responsables
- copie du jugement si divorce des parents

Demande d'autorisation et informations aux représentants légaux concernés par une aide à la scolarité du transfert de leurs coordonnées personnelles, à la collectivité territoriale de rattachement octroyant des aides.

c J'accepte que mes données à caractère personnel (nom, prénom, établissement) soient transmises à la collectivité territoriale de rattachement de mon établissement scolaire aux fins de l'attribution éventuelle d'aides à la scolarité.

Ces informations seront transmises aux services gestionnaires de la collectivité territoriale de rattachement dans l'unique but d'étudier mes droits à attribution d'aides à la scolarité. Ces données ne seront conservées que durant l'année scolaire en cours. Je dispose du droit d'accéder à ces données, de les rectifier et de les effacer.

NOM et Prénom de l'élève :

Signature du responsable légal et date :

En s'inscrivant au Lycée Cantau, l'élève et sa famille s'engagent à prendre connaissance et à respecter le Règlement Intérieur (site du lycée : www.lycee-cantau.fr)

NOM : **Prénom :** **DNMADE**

SCOLARITE ANNEE 2023-2024

- DNMADE 1ERE ANNEE :

- Mention Espace
- Mention Matériaux

- DNMADE 2EME ANNEE :

- Mention Espace
- Mention Matériaux

- DNMADE 3EME ANNEE :

- Mention Espace
- Mention Matériaux

Régime :

- Externe**

- 1/2 Pension : (forfait, 2 possibilités uniquement) :

- 1/2 Pension 4 jours (Lundi ,Mardi,Jeudi,Vendredi) : **seul le mercredi peut être enlevé**
- 1/2 Pension 5 jours (Lundi,Mardi,Mercredi,Jeudi,Vendredi)

- Internat : (2 possibilités uniquement) :

- Interne 4 nuits (arrivée le lundi matin)
- Interne 5 nuits (arrivée le dimanche soir)

Signature de l'élève :

Signature du parent :

Besoins Particuliers (Maladie, handicap, etc.)

Madame, Monsieur,

À COMPLETER ET A RENDRE MEME SI VOUS N'ETES PAS CONCERNE

Les candidats aux examens présentant un handicap ou une incapacité temporaire peuvent effectuer une demande d'aménagements d'épreuves aux examens. Dès la rentrée, vous constituerez le dossier de demande. Pour cela, vous devrez vous procurer les pièces justificatives suivantes :

- la copie du PAI, PPS, PAP et tous les documents médicaux, paramédicaux présentant le handicap et les besoins d'aménagement (si dyslexie, dysgraphie ... joindre un bilan orthophonique avec tests élaborés et résultats chiffrés).
- les éléments pédagogiques permettant d'évaluer la situation de handicap du candidat.
- le bilan des aménagements pédagogiques mis en place pendant l'année scolaire en cours ou les années précédentes.
- la décision d'aménagement obtenue la ou les années précédentes.

Nom :	Prénom :	Classe :
Né(e) le :		
<i>Pour les nouveaux élèves, établissement d'origine (nom du collège ou lycée + ville):</i>		

Votre enfant a-t-il bénéficié durant l'année scolaire précédente (2022-2023):

- d'un PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé : lié aux troubles des apprentissages type DYS) oui non
- d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé : lié aux troubles de la santé, maladie/allergies etc) oui non
- d'un PPS (Projet Personnel de Scolarisation : reconnaissance MDPH) oui non
- de l'accompagnement d'un(e) AESH (accompagnant des élèves en situation de handicap) oui non

Avez-vous fait une première demande GEVASCO (Guide d'Évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation) auprès de la MDPH lors de l'année scolaire 2020-2021 ? oui non

A-t-il bénéficié d'aménagement aux examens : oui DNB oui CAP oui BAC non

- 1/3 temps ou temps compensatoire: oui non
- Autorisation d'utiliser un PC: oui non
- Secrétaire lecteur oui Secrétaire scripteur oui Assistant oui non

Quels sont les troubles diagnostiqués :

- Troubles spécifiques des apprentissages : oui non
- Dyslexie Dysorthographe Dysgraphie
- Dyscalculie Dyspraxie TDA(H) Autres:.....
- Troubles du spectre autistique oui non
- Troubles du comportement oui non
- Maladies invalidantes oui non
- Troubles sensoriels (et) (ou) moteurs oui non

Fiche de soins d'urgence conservée par la Vie Scolaire

Nom de l'élève : Prénom : Né(e) le :/...../.....
Classe : Qualité : Interne £ ½ Pensionnaire £ Externe £
Adresse : N° Rue : Code postal :
Ville :

N° de sécurité sociale :
Des parents si l'élève à moins de 16 ans :
De l'élève si plus de 16 ans :

Nom et adresse du centre de sécurité sociale :
.....

Nom, adresse et numéro de téléphone des PARENTS : (en cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir par les moyens les plus rapides)

• Mère :

Nom : Prénom :
N° Rue : Code postal : Ville :
' fixe :/...../...../...../..... ' mobile :/...../...../...../.....
Mail :

• Père :

Nom : Prénom :
N° Rue : Code postal : Ville :
' fixe :/...../...../...../..... ' mobile :/...../...../...../.....
Mail :

Nom, adresse et numéro de téléphone du REPRESENTANT LEGAL : (si différent des parents)

Nom : Prénom :
N° Rue : Code postal : Ville :
' fixe :/...../...../...../..... ' mobile :/...../...../...../.....
Mail :

Nom, adresse et numéro de téléphone du CORRESPONDANT LOCAL (: *personne susceptible de se rendre en urgence et immédiatement dans l'établissement si l'élève est interne*)

Nom : Prénom :
N° Rue : Code postal : Ville :
' fixe :/...../...../...../..... ' mobile :/...../...../...../.....
Mail :

Nom, adresse du MEDECIN TRAITANT :

Nom : Prénom :
N° Rue : Code postal : Ville :
' fixe :/...../...../...../..... ' mobile :/...../...../...../.....

Est-ce que votre enfant bénéficie d'un P.A.I (Projet d'Accueil Individualisé) ? :

OUI

NON

Votre enfant suit-il un traitement de longue durée ? :

OUI

NON

Ä

Votre enfant a-t-il une allergie connue à un médicament ? :

OUI

NON

si OUI, lequel :

Y-a-t-il des informations médicales que vous souhaitez portées à notre connaissance ? :

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

Autorisation de sortie pour traitement

Je soussigné(e) ,

Nom Prénom Représentant légal de l'élève :

Nom Prénom

Autorise le Chef d'établissement à ¹:

1 – Prendre les dispositions nécessaires pour faire transporter mon enfant par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté en cas d'urgence -accident ou de maladie-. (La famille est immédiatement avertie par l'établissement. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille).

2- Faire procéder à toute intervention nécessitée par l'état de santé de mon fils ou ma fille, ainsi qu'à une anesthésie générale en cas d'urgence et ceci pendant toute sa scolarité.

3- Permettre à mon fils ou ma fille de se rendre seul(e) en ville avec l'accord de l'administration, pour une visite dentaire, de kinésithérapie, radiologie, spécialiste, etc.

Signature :

Père

Mère

Tuteur

¹ – Barrez la ou les mentions inutiles

Le personnel infirmier, parmi de nombreuses missions, accueille et accompagne les élèves, réalise le suivi de l'état de santé de ceux-ci, accompagne ceux qui se trouvent en difficulté (psychologique, physique, sociale...). Il travaille en étroite collaboration avec d'autres professionnels (assistante sociale, médecin scolaire, psychologues...), mais aussi avec les parents, afin d'aider au mieux le jeune.

Vous pouvez faire appel à ses compétences pour toute difficulté que pourrait rencontrer votre enfant.

- Pour une prise en charge optimale de votre enfant, remplissez précisément ce dossier. NE PAS OUBLIER DE SIGNER L'AUTORISATION DE SORTIE ET L'AUTORISATION DE SOINS D'URGENCE.
- Y joindre les documents (NE PAS OUBLIER LA PHOTOCOPIE DES VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE), le mettre sous enveloppe au Nom de l'élève, avec sa classe, et la mention «dossier infirmier-confidentiel»

L'infirmier ou l'infirmière est tenu au secret professionnel.

A savoir

1. Un élève dispensé de sport, devra fournir un certificat médical, **à la vie scolaire et à son professeur d'EPS.**
2. Conformément aux dispositions du règlement intérieur, il est interdit aux élèves d'apporter et de conserver des médicaments, compte-tenu des risques liés à l'automédication (apparition d'effets secondaires, surdosage, réactions allergiques, suicides...)
3. Les élèves ayant un traitement, même sur une courte période, doivent le signaler à l'infirmière et **déposer l'ordonnance et le traitement à l'infirmierie.** En concertation avec l'élève, il sera prévu des moments de prise sans que cela ne perturbe le rythme de l'élève.
4. Pour un bon fonctionnement du service, nous demandons **aux parents des internes**, de veiller à ce que **leur enfant n'arrive pas malade ou blessé le dimanche soir ou le lundi**, au risque de devoir venir le chercher au lycée. Si votre enfant est malade ou s'est blessé durant le week-end, il est de votre responsabilité de consulter votre médecin, un médecin de garde ou le service des urgences.
5. L'infirmière fait le nécessaire en cas de problème survenant durant la semaine scolaire. Chaque fois que l'état de santé de l'élève le nécessite, nous informons les parents et mettons en place une prise en charge quand cela est possible et compatible avec la poursuite de la scolarité. En cas d'avance de frais, nous vous demandons de régulariser la situation le plus tôt possible auprès du service infirmierie.

Nous vous remercions de votre compréhension.

Le Proviseur

L'infirmière

FICHE INFIRMERIE

Les parents voudront bien remplir en totalité cette fiche et la remettre au moment de l'inscription. La fiche sera conservée à l'infirmerie et soumise au secret professionnel.

ELEVE : Nom.....Prénom

CLASSE :

Interne ½ Pensionnaire Externe

Né(e) : le.....à.....Nationalité.....

Adresse :

.....

N° de Sécurité Sociale de l'élève :...../...../...../...../...../...../...../...../.....

N° de Sécurité Sociale du parent responsable de l'élève :/...../...../...../...../...../...../...../.....

Autorisation de sortie pour traitement chez des spécialistes et autorisation de soins d'urgence.

Je soussigné(e) ,

Nom Prénom Représentant légal de l'élève :
Nom Prénom

Autorise le Chef d'établissement à ¹:

1 – Prendre les dispositions nécessaires pour faire transporter mon enfant par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté en cas d'urgence (accident ou de maladie). (La famille est immédiatement avertie par l'Etablissement. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille).

2- Faire procéder à toute intervention nécessitée par l'état de santé de mon fils ou ma fille, ainsi qu'à une anesthésie générale en cas d'urgence et ceci pendant toute sa scolarité.

3- Permettre à mon fils ou ma fille de se rendre seul(e) en ville avec l'accord de l'administration, pour une visite dentaire, de kinésithérapie, radiologie, spécialiste, etc.

Signature : Père Mère Tuteur

¹ - Barrez la ou les mentions inutiles

Nom-Prénom et profession du père :

Nom-Prénom et profession de la mère :

Adresse complète du représentant légal :

Coordonnées du père :

Coordonnées de la mère :

(Personnel : (Personnel :

(Travail : (Travail :

(Portable : (Portable :

: Courriel :: Courriel :

Autre personne à joindre en cas d'urgence : Nom-Prénom..... (.....

Lien de parenté :

ANTECEDENTS DE L'ELEVE

Présente-t-il ? :

• Une ou plusieurs maladie(s) ? : OUI " NON "

Laquelle ou lesquelles ? :

Quel est le traitement ? :

• Une ou plusieurs allergies ? : OUI " NON "

Laquelle ou lesquelles ? :

Quel est le traitement ? :

• Un ou plusieurs handicaps ? : OUI " NON "

Lequel ou lesquels ? :

Quel est le traitement ou l'appareillage ? :

• A-t-il bénéficié d'un aménagement aux examens : OUI " NON "

Si **OUI** : le ou lesquels :

• A-t-il bénéficié d'un projet d'accueil individualisé (PAI) : OUI " NON "

Si **OUI** pour quelle raison :

A-t-il déjà subi des interventions chirurgicales ? : OUI " " NON " "

Lesquelles et en quelle année ? :.....
.....
.....

• Notez ici toute autre information que vous souhaitez porter à notre connaissance :.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

VACCINATIONS OBLIGATOIRES
(fournir les photocopies)

Dernier BCG :/...../.....

DTP vaccinations : u/...../v/...../w...../.....

DTP derniers rappels : u/...../v/...../w...../...../x...../.....

Autres vaccinations :.....

Nom du médecin traitant :.....

Ville..... et numéro de téléphone :

La Maison Des Lycéens du lycée CANTAU

Chaque année nous sollicitons une cotisation auprès de chaque élève pour financer le fonctionnement de la Maison Des Lycéens. C'est un lieu convivial où les élèves se retrouvent durant leur temps libre. Divers services et activités leur sont proposés :

- Salle de télévision
- Baby foot
- Jeux de société ou de plein air
- Sorties
- Démonstrations sportives
- Lecture
- Point information et prévention
- Presse quotidienne et hebdomadaire, livres.

"

DEMANDE D'ADHESION POUR L'ANNEE A LA M. D. L.

(coupon à retourner avec un chèque de **10 euros** libellé au nom de la Maison Des Lycéens CANTAU.
Indiquer le nom de votre enfant au crayon au dos du chèque)

NOM.....Prénom.....

.....
Classe.....

Pour les mineurs :

Je soussigné(e)..... représentant(e) légal(e)

de l'élève désigné(e), l'autorise à adhérer à la M. D. L. et à participer aux activités.

Signature

CERTIFICAT DE SCOLARITE

Le certificat de scolarité est téléchargeable sur l'espace PRONOTE des parents, et de l'élève.

Il est IMPERATIF de renseigner une adresse mail individuelle active et lisible pour que vous puissiez accéder à votre espace PRONOTE et aux documents mis à votre disposition.

La procédure pour accéder à PRONOTE via le lycée connecté sera communiquée 15 jours après la rentrée scolaire.

INFORMATION CORRESPONDANCE PARENT-ETABLISSEMENT

Ne pas omettre de préciser sur vos courriers le Nom, Prénom et CLASSE de votre enfant.

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : Créance Demi-Pension/Internat/Autres.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Lycée Cantau à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Lycée Cantau.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR 58 ESD 610260

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE :**DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER**

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : Lycée Cantau

Adresse : 1, allée de Cantau

Code postal : 64600

Ville : ANGLET

Pays : FRANCE

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER**IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)****IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)**

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif Paiement ponctuel

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

AGRAFER ICI UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE de votre compte courant (format IBAN BIC)**Rappel :**

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par Lycée Cantau. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec Lycée Cantau.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

NOTE AUX FAMILLES

OPTANT POUR LE PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

DES FRAIS D'INTERNAT OU DE DEMI-PENSION DU LYCEE POLYVALENT CANTAU D'ANGLET

Madame,
Monsieur,

Afin de vous permettre de gérer votre budget, l'établissement vous propose de régler les factures relatives aux frais de restauration et d'hébergement par prélèvement automatique gratuit sur votre compte bancaire.

Le prélèvement automatique est un moyen de paiement :

SÛR : Vous n'avez plus de chèques à envoyer. Vous êtes sûr de régler à la date limite de paiement indiquée sur votre avis sans risque de retard, même lorsque vous êtes absent.

SIMPLE : L'échéancier prévisionnel vous indique la date et le montant exact de chaque prélèvement.

SOUPLE : Vous changez de compte ou d'agence bancaire, il suffit d'adresser au service d'intendance un nouveau R.I.B. et une nouvelle demande d'autorisation de prélèvement.

Comment faire ?

Lors de l'inscription ou de la réinscription, il vous suffit de renseigner l'autorisation de prélèvement ci-jointe accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire.

Cette procédure étant facultative, si vous ne souhaitez pas opter pour le prélèvement automatique, le règlement des frais d'hébergement ou de restauration sera exigé dès réception de la facture émise chaque trimestre (par chèque, espèces ou carte bancaire).

L'autorisation de prélèvement est annuelle et doit être renouvelée à chaque rentrée scolaire.

IMPORTANT : Les familles des élèves boursiers ne peuvent pas opter pour le prélèvement automatique (Excepté les BTS). Si vous avez une demande de bourses en cours, merci d'attendre la réponse avant d'établir une demande de prélèvement.

Le service d'intendance de l'établissement se tient à votre disposition pour tout renseignement complémentaire. Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.


 Anglet, le 26 avril 2023
 L'agent-comptable
 Didier GABASTON

Ces tarifs sont susceptibles d'évoluer au 1er janvier 2024 sur décision du Conseil Régional Nouvelle Aquitaine :

	1 ^{er} Trimestre	2 ^{ème} Trimestre	3 ^{ème} Trimestre	TOTAL
Internat 5 nuitées – 9 repas (dimanche soir inclus)	662.40 €	496.80 €	331.20 €	1490.40 €
Internat 4 nuitées – 9 repas	613.12 €	459.84 €	306.56 €	1379.52 €
Demi-pension 5 jours	231.20 €	173.40€	115.60 €	520.20 €
Demi-pension 4 jours (sauf le mercredi)	197.76 €	148.32 €	98.88 €	444.96 €

Echéancier prévisionnel :

	13/10/23	17/11/23	15/12/23	16/01/24	16/02/24	13/03/24	10/04/24	07/05/24	12/06/24
Internat 5 nuitées	221 €	221 €	220.40 €	166 €	166 €	164.80 €	110 €	110 €	111.20 €
Internat 4 nuitées	205 €	205 €	203.12 €	153 €	153 €	153.84 €	102 €	102 €	102.56 €
Demi-pension 5 jours	78 €	78 €	75.20 €	58 €	58 €	57.40 €	39 €	39 €	37.60 €
Demi-pension 4 jours	66 €	66 €	65.76 €	49 €	49 €	50.32 €	33 €	33 €	32.88 €

Les échéances des 15/12/24, 13/03/24 et 12/06/24 seront ajustées en fonction des remises d'ordre accordées (absences, stages, voyages...). Les avis aux familles envoyés par mail font apparaître le montant exact dû par trimestre.