

Fiche de Renseignements

Compléter LISIBLEMENT en bleu tous les cadres
Ne pas imprimer en recto-verso

Classe 2024-2025 (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'étudiant (Indispensable) :
 Adresse Mail de l'étudiant (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 travail :
 Téléphone mobile :
 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 travail :
 Téléphone mobile :
 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 2023-2024 : Oui ☐ Non ☐

NOM :

PRENOM :

ATS

PERSONNE AYANT LA CHARGE EFFECTIVE DE L'ELEVE (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'élève 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 fréquenté

Classe : Année :

Nom de l'Etablissement :

Nature de l'Etablissement : ☐ Public ☐ Privé Commune : Département :

SCOLARITE

1 Langue Vivante Obligatoire :

o Anglais

Régime :

c Externe

c 1/2 Pension : (forfait, 2 possibilités **uniquement**) :

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

O 1/2 Pension 5 jours (Lundi, Mardi, Mercredi, Jeudi, Vendredi)

c Internat : (2 possibilités **uniquement**) :

O Interne 4 nuits (arrivée le lundi matin)

O Interne 5 nuits (arrivée le dimanche soir)

CORRESPONDANT LOCAL susceptible de se rendre en **urgence** et immédiatement au lycée

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)



LYCEE CANTAU
1 allée de Cantau
64600 ANGLET
05 59 58 08 08
ce.0640001d@ac-bordeaux.fr

Année Scolaire 2025-2026

Besoins Particuliers (Maladie, handicap, etc.)

Nom : Prénom : Classe 2025-2026 :
Né(e) le :

Pour les nouveaux élèves, établissement d'origine (nom du collège ou lycée + ville) :
.....

DOCUMENT A RENDRE DANS TOUS LES CAS

- Vous êtes concerné(e) : cochez la case **oui** et complétez le document ☐ OUI
- Vous n'êtes pas concerné(e), inscrivez votre nom et cochez la case suivante : ☐ NON

Madame, Monsieur,

Afin d'engager la mise en place des aménagements pédagogiques au plus tôt, le recueil d'informations est primordial. Par ailleurs, les candidats aux examens présentant un handicap ou une incapacité temporaire peuvent effectuer une demande d'aménagements d'épreuves aux examens. **Pour les élèves de seconde, les demandes d'aménagement se font en juin et pour les autres niveaux à la rentrée sauf si les aménagements ont déjà été notifiés.**

Pour constituer le dossier de demande, 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.

Votre enfant a-t-il bénéficié durant l'année scolaire précédente (2024-2025)

(Pour les nouveaux élèves, merci de fournir les justificatifs) :

- 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 2024-2025 ? ☐ oui ☐ non

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

(Si oui, merci de fournir les justificatifs si votre enfant est nouveau dans l'établissement)

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

Signature responsable légal :

Fiche de soins d'urgence conservée par la Vie Scolaire

Nom de l'élève : Prénom : Né(e) le :/...../.....
Classe 2024-2025 : 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

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.

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

- 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 »

A savoir

1. Un élève inapte à la pratique du sport, devra fournir un certificat d'inaptitude **à la vie scolaire et à son professeur d'EPS.**
2. Conformément aux dispositions du règlement intérieur et compte-tenu des risques liés à l'automédication (effets secondaires, surdosages, réactions allergiques, suicides ...), il est interdit aux élèves d'apporter et de conserver des médicaments.
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'infirmerie.** 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'il s'est blessé durant le week-end, il est de votre responsabilité de consulter un médecin ou le service des urgences.

Nous vous remercions de votre compréhension.

Le Proviseur

L'infirmière

Les parents voudront bien remplir en totalité cette fiche et la téléverser avec le dossier numérique sur les téléservices. Cette fiche sera conservée à l'infirmerie et soumise au secret professionnel.

Nom : Prénom

CLASSE 2025/2026 (renseigné par le lycée)

☐ Interne ☐ ½ Pensionnaire ☐ Externe

Né(e) le / / à Nationalité

Adresse

N° de Sécurité Sociale de l'élève :

N° de Sécurité Sociale du 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

Nom Prénom

Autorise le Chef d'établissement à (cochez les cases correspondantes)

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).

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.

Responsable légal 1 :

Nom & prénom :

Profession :

Adresse complète :

Responsable légal 2 :

Nom & prénom :

Profession :

Adresse complète

Code postal Commune

☎ Portable :

☎ Travail :

Autre personne à joindre en cas d'urgence : Nom

Code postal Commune

☎ Portable :

☎ Travail :



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

Dernier BCG :

DTP vaccinations : **1** / / **2** / / **3** / /

DTP derniers rappels : **1** / / **2** / / **3** / / **4** / /

Autres vaccinations :

Nom du médecin traitant

Ville & numéro de téléphone

Vous voudrez bien enregistrer cette fiche infirmerie sous le nom suivant : FI_Nom_Prénom.pdf

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
- 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 2025-2026 :

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

LES FAMILLES BENEFICIAIRE DES BOURSES NE DOIVENT PAS COMPLETER CE DOCUMENT
(sauf les élèves boursiers des classes de BTS, DNMADE, ATS, qui peuvent opter pour le prélèvement automatique)

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

--	--

Paieement ponetuel

--	--

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 (au 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, carte bancaire ou virement).

L'AUTORISATION DE PRELEVEMENT EST ANNUELLE ET DOIT ETRE RENOUVELEE A CHAQUE RENTREE SCOLAIRE.

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 13 mai 2025
L'agent comptable
COMPTABLE
Didier GABASTON

Ces tarifs sont susceptibles d'évoluer au 1er septembre 2025 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)	709.60 €	532.20 €	354.80 €	1596.60 €
Internat 4 nuitées – 9 repas	657.28 €	492.96 €	328.64 €	1478.88 €
Demi-pension 5 jours	248.00 €	186.00 €	124.00 €	558.00 €
Demi-pension 4 jours (sauf le mercredi)	211.20 €	158.40 €	105.60 €	475.20 €

Echéancier prévisionnel de prélèvement automatique :

	10/11/25	10/12/25	10/02/26	10/03/26	07/05/26	10/06/26
Internat 5 nuitée	354.80 €	354.80 €	266.10 €	266.10 €	177.40 €	177.40 €
Internat 4 nuitées	328.64 €	328.64 €	246.48 €	246.48 €	164.32 €	164.32 €
Demi-pension 5 jours	124.00 €	124.00 €	93.00 €	93.00 €	62.00 €	62.00 €
Demi-pension 4 jours	105.60 €	105.60 €	79.20 €	79.20 €	52.80 €	52.80 €

Les échéances seront ajustées en fonction du montant des factures (absences, stages, voyages...). Les avis de sommes à payer envoyés par mail font apparaître le montant exact dû par trimestre ainsi que l'échéancier ajusté