# DOSSIER DE RÉINSCRIPTION

## Lycée des Métiers des Services ROBERT WLERICK

## année scolaire 2023/2024

**DOSSIER A RENVOYER PAR MAIL AVANT LE 12 JUIN 2023**

**SUR adm.wlerick@gmail.com**

**(ou retrait direct au lycée si vous ne pouvez pas imprimer)**

## RENSEIGNEMENTS ÉLÈVE

**NOM de l'élève :** _____

**Prénom :** _____

**Régime souhaité pour l'année 2023-2024 :**

**EXTERNE** ☐ **DP 4** ☐ **DP 5** ☐ **INTERNE** ☐

**DP 4 : pas de repas le mercredi midi**

**DP 5 : repas tous les midis du lundi au vendredi**

**Pour les internes :** ☐ **Absence au repas du mercredi midi** ☐ **Absence à l'internat le mercredi soir**

**L'élève qui ne reste pas à l'internat le mercredi soir reviendra en classe le jeudi matin à sa première heure de cours. Ce choix ne donne droit à aucun remboursement sur le forfait internat 5 jours.**

## PIÈCES A RENVOYER PAR MAIL

- ✓ **Cette présente FICHE à compléter, dater et signer**
- ✓ **FICHE ÉLÈVE s'il y a des modifications à faire**
- ✓ **NOTICE SEPA à compléter + RIB à fournir obligatoirement**
- ✓ **FICHE D'URGENCE**
- ✓ **FICHE INFIRMERIE**

## RÈGLEMENT INTÉRIEUR ET RÈGLEMENT SRH

**L'inscription au lycée Robert Wlérick implique automatiquement l'adhésion au règlement intérieur de l'établissement ainsi qu'au règlement du service de demi-pension (consultable sur le site de l'établissement).** Il doit être connu par l'ensemble des membres de la communauté éducative. Ce dernier, ainsi que ses annexes sont consultables sur le site internet du lycée (ENT).

## DROIT A L'IMAGE

**Prise d'images et de vidéos de mon enfant et diffusion pour un usage pédagogique ou lié à la vie du lycée :**

☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas**

**Prise d'image pour la photo de classe :**

☐ **J'autorise** ☐ **Je n'autorise pas**

Fait à : _____ le : _____ signature :

**MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA (JOINDRE UN RIB) :**
**À remplir obligatoirement même en cas de réinscription pour être en prélèvement.**
Référence unique du mandat :

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

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Lycée Robert Wlérick à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Lycée Robert Wlérick.
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 56 ESD 80C851

**NOM ET PRENOM DE L'ELEVE :**

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : Lycée Robert Wlérick

Adresse : BP 267
6, Rue Jean Macé

Code postal : 40005

Ville : MONT DE MARSAN CEDEX

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 :

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 :

**JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE 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 Robert Wlérick. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je règlerai le différend directement avec Lycée Robert Wlérick.

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.

# FICHE D'INFIRMERIE
## Année scolaire 2022-2023

**Document confidentiel à remplir par les familles au début de chaque année scolaire. Vous pouvez également joindre des documents sous enveloppe fermée à l'intention du médecin scolaire ou de l'infirmière scolaire de l'établissement.**

**NOM de l'élève :** _____ **Date de naissance :** _____

**Prénoms :** _____ **Classe :** _____

## Sport

Si votre enfant est inapte à la pratique du sport, merci de fournir un certificat médical.

## Vaccination

Pour les nouveaux élèves (2nd et de 3ème): Joindre une photocopie des pages de vaccination du carnet de santé

Pour les élèves déjà présents : faire une photocopie des vaccins qui ont été fait en 2022-2023.

(Pensez à vérifier que le nom de votre enfant est écrit sur la photocopie)

## Santé

*Votre enfant a-t-il une maladie ou des soucis de santé ?

☐ allergies (lesquelles, traitements) :

☐ allergies alimentaires (lesquelles, traitements) :

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ asthme | ☐ épilepsie | ☐ pathologie visuelle | ☐ zona |
| ☐ cardiopathie | ☐ maladie de Crohn | ☐ scoliose | ☐ autre : |
| ☐ diabète | ☐ migraine | ☐ spasmophilie | |
| ☐ eczéma | ☐ pathologie auditive | ☐ TDAH | |

*Votre enfant a-t-il un suivi régulier chez un spécialiste ? ☐ non ☐ oui, pourquoi ?

*A-t-il subit des interventions chirurgicales ? ☐ non ☐ oui, lesquelles?

**Important**

**Si votre enfant suit un traitement sur le temps scolaire ou à l'internat, les médicaments doivent impérativement être déposés à l'infirmerie accompagnés de la photocopie de la prescription médicale**

## Aménagement de la scolarité

Votre enfant a-t-il ?

- Un PAI : Projet d'Accueil Individualisé (lié à un problème médical) ☐ non ☐ oui

Pour quel motif : ☐

Voulez-vous le renouveler ? ☐ non ☐ oui

- Un PPS : Plan Personnalisé de Scolarisation (reconnaissance handicap par la MLPH) ☐ non ☐ oui

- Un PAP : Plan d'accompagnement personnalisé (troubles de l'apprentissage, dys…) ☐ non ☐ oui

***Pensez à joindre une copie du PAI, Gevasco/PPS, PAP.***

## Fonctionnement de l'infirmerie

Si votre enfant vient voir l'infirmière, elle va discuter avec lui, lui poser des questions et vous appeler au besoin. Elle ne donne pas de médicaments de façon systématique, mais quelques fois la prise de médicament et un peu de repos, peut suffire pour que l'élève retourne en cours.

A l'infirmerie, Elle a quatre médicaments :

-Paracetamol (doliprane, efferalgan, dafalgan)

- Ibuprofène(nurofen, advil)

- Spasfon(phloroglucinol)

- Smecta.

*Votre enfant prend-t-il ou a-t-il déjà pris? rayer les mentions inutiles

- Paracétamol 500mg ou 1g ☐ non ☐ oui
- Ibuprofène 200mg ou 400mg ☐ non ☐ oui
- Spasfon 80mg ☐ non ☐ oui
- Smecta ☐ non ☐ oui

*A-t-il des allergies médicamenteuses ? ☐ non ☐ oui, lesquelles :

*Autorisez-vous l'infirmière à donner un médicament à votre enfant ? ☐ non ☐ oui

*Voulez-vous que l'infirmière vous appelle à <u>chaque</u> fois qu'elle lui donne un médicament? ☐ non ☐ oui

*Si votre enfant prend régulièrement des médicaments pour : des migraines, des douleurs (liées au cycle, abdominales, gastriques, autre). Dites à votre enfant de venir la voir, elle lui donnera les formulaires adaptés à remplir afin que l'on puisse lui donner son traitement, même si elle est absente.

Informations particulières concernant votre enfant :

Fait à : le : signature :

**Vous pouvez contacter l'infirmière : par mail : christine.chevet@ac-bordeaux.fr ou sur pronote dans les discussions.; ou par téléphone au 05.58.46.62.56**

robert wlerick euroscol
Lycée des Métiers Robert Wlérick

**ANNÉE SCOLAIRE : 2023/2024**

**CLASSE :**

# FICHE D'URGENCE

Document non confidentiel à remplir par les familles au début de chaque année scolaire.
**Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles,**
**vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.**

**NOM de l'élève :** **Date de naissance :**
**Prénoms :**

**EXTERNE** ☐ **DEMI PENSIONNAIRE** ☐ **INTERNE** ☐

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

| | **Responsable légal 1** | **Responsable légal 2** | **Tuteur/Autre responsable** |
|---|---|---|---|
| Nom Prénom | | | |
| Adresse | | | |
| ☎ domicile | | | |
| ☎ portable | | | |
| ☎ travail | | | |

Nom, lien de parenté et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

☎ :

Médecin traitant : Nom ☎ : Commune :

N° de sécurité sociale : centre de sécurité sociale

Mutuelle, N° d'adhérent et ville :

(Joindre une photocopie de l'attestation de sécurité sociale)

→ En cas d'urgence, conformément au protocole national sur l'organisation des soins et des urgences dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement (B.O. n°1 du 06.01.2000), il sera fait appel au Service médical d'urgence (SAMU : 15) qui et le seul habilité (loi du 86.11 du 06.01.1987) à réguler à distance la prise en charge médical d'une personne en détresse.
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.**

Observations particulières utiles pour les secours : (allergies, maladies, traitement, précautions particulières à prendre)

**Autorisation de prise en charge**

Je soussigné(e) , père ☐ mère ☐ responsable légal ☐ de l'enfant déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise les enseignants et tout le personnel de l'établissement à prendre , le cas échéant, les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant (accident, hospitalisation, intervention chirurgicale)

Fait à : le : signature :