

Annexe 1

DOSSIER DE CANDIDATURE – RENTREE 2024**INTERNAT LYCEES**

**ANGELA DAVIS - SAINT-DENIS
VOILLAUME - AULNAY-SOUS-BOIS
JACQUES FEYDER - EPINAY-SUR-SEINE
ALFRED NOBEL - CLICHY-SOUS-BOIS**

dossier réceptionné en date du : ___ / ___ / _____

ÉTABLISSEMENTS SOLLICITES		COMMUNE
Vœu 1		
Vœu 2		
Vœu 3		
Vœu 4		
NIVEAU DE CLASSE SOLLICITE (COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE)		
<input type="checkbox"/> 2NDE <input type="checkbox"/> 1ERE <input type="checkbox"/> TERMINALE		
IDENTITE DE L'ÉLEVE		
Nom : Prénom : RNIE : (N° sur certificat de scolarité ou voir le secrétariat établissement) Né(e) le : ___ / ___ / _____ Sexe : <input type="checkbox"/> Garçon <input type="checkbox"/> Fille Établissement ou école fréquenté(e) en 2022-2023 : Nom : Ville : Département : Classe de l'élève au moment de la constitution du dossier :		
RESPONSABLE LEGAL 1 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur Nom/Prénom : Adresse (si différente de celle du domicile de l'élève) : Téléphone fixe : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Téléphone portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Adresse courriel : <input type="checkbox"/> J'atteste avoir pris connaissance des modalités d'admission et m'être renseigné(e) sur les règles de vie collective en internat. <input type="checkbox"/> J'atteste être en accord avec le projet éducatif et pédagogique de l'internat. Date : ___ / ___ / _____ Signature :	RESPONSABLE LEGAL 2 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur Nom/Prénom : Adresse (si différente de celle du domicile de l'élève) : Téléphone fixe : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Téléphone portable : ___ / ___ / ___ / ___ / ___ Adresse courriel : <input type="checkbox"/> J'atteste avoir pris connaissance des modalités d'admission et m'être renseigné(e) sur les règles de vie collective en internat. <input type="checkbox"/> J'atteste être en accord avec le projet éducatif et pédagogique de l'internat. Date : ___ / ___ / _____ Signature :	
En cas de déménagement à venir, future adresse (avec justificatif du lieu et de la date d'emménagement) :		

FICHE INTERNAT 2024-2025

Lycée Jacques FEYDER

10, rue Henri Wallon
93800 ÉPINAY SUR SEINE
Tel : 01 49 71 72 00
Fax : 01 48 21 36 40
<http://www.feyder.fr>

CLASSE :

<i>ELEVE</i>	<i>RESPONSABLES LEGAUX</i>
Nom : Prénom : Né(e) le :/...../....., à <input type="checkbox"/> Autorisation de sortie (heures libre)	Nom, prénom : Qualité : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur Né(e) le :/...../....., à Adresse : CP : Ville : Tel. : Port : Tel. Travail : Mail* :
Portable : Mail* élève	Nom, prénom : Qualité : <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Tuteur Né(e) le :/...../....., à Adresse : CP : Ville : Tel. Port : Tel. Travail : Mail* :
Problèmes particuliers à signaler : (diabète, allergies, migraines...)	CP : Ville : Tel. Port : Tel. Travail : Mail* :

A Epinay-sur-Seine, le

Signature des responsables légaux :

Signature de l'élève :

AUTORISATION
du responsable légal de l'élève
EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT

Je soussigné(e), **NOM et Prénom** (représentant légal)

.....**AUTORISE** l'infirmière du lycée à faire

Transporter à mes frais **mon enfant**
et lui faire pratiquer toute intervention urgente justifiée par son état.

MÉDECIN TRAITANT HABITUEL :

TEL MÉDECIN :

Acceptez-vous que votre numéro de sécurité sociale soit transmis aux services de soins mandatés par le SAMU ? **Si oui, n° de Sécurité Sociale** :

Sauf indication expresse de votre part en cas d'urgence, votre enfant sera transporté à l'hôpital public de secteur le plus proche. La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Indications particulières relatives à sa santé :

- médicaments contre-indiqués :

- traitements éventuels :

Problèmes particuliers à signaler : (diabète, allergies, migraines...)
.....
.....
.....

LU ET APPROUVÉ

Signature des parents ou du représentant légal

VACCINATIONS

A remplir à partir du carnet de santé ou carnet de vaccinations

DT Polio : 1ère injection :

2^{ème} injection :

3^{ème} injection :

Rappels :

BCG :

Date du dernier test tuberculinique : Résultat :

Hépatite B : 1ère injection : 2^{ème} injection :

3^{ème} injection :

Dernier rappel :

Autres vaccins :

Maladies contractées par votre enfant (rougeole, oreillons, varicelle, ...)
.....
.....

Interventions chirurgicales :

Port de lunettes : oui - non

Assurance individuelle :

Remplissez la dernière page SI votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence
- Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur :

Observations particulières :

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un projet d'accueil individualisé, conformément à la circulaire n°2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Cette fiche n'est pas obligatoire ; il en va cependant de votre intérêt et de celui de votre enfant qu'elle soit parfaitement renseignée.

Vu et pris connaissance, le représentant légal
Date et Signature

Lycée Jacques Feyder
10, rue Henri Wallon – BP100
93801 EPINAY SUR SEINE Cedex
Tel : 01 49 71 72 00

FICHE INFIRMERIE - INTERNAT

à remettre sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire si vous avez complété la page
« Renseignements médicaux confidentiels »

A compléter pour toute inscription à l'internat

PHOTO

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

Nom et adresse de l'établissement fréquenté :

Adresse du domicile :

N° tel portable élève : Mail :

N° tel responsable 1 :

Autre N° de tel (facultatif) :

N° tel responsable 2 :

Autre N° de tel (facultatif) :

Personne à prévenir en cas d'urgence :