LYCEE POLYVALENT BROCELIANDE
CS 70030
56380 GUER

SERVICE INTENDANCE
02.97.70.70.18

FICHE INTENDANCE
REGIME ANNEE SCOLAIRE 2020 / 2021

(*Document à compléter et à transmettre **IMPERATIVEMENT** avec le dossier d'inscription ou de réinscription*)

ELEVE : nom et prénom : _____

Régime choisi* :
(Cocher la case)

□ EXTERNE
□ DEMI-PENSIONNAIRE 4 JOURS
(Pas de repas le mercredi)
□ DEMI-PENSIONNAIRE 5 JOURS
□ INTERNE

*Note : Les changements de régime sont possibles uniquement en début d'année scolaire en remplissant un nouveau formulaire (à demander à l'intendance) **jusqu'au 30 septembre 2020**. **Ensuite**, les changements ne pourront intervenir que sur demande écrite et motivée adressée au chef d'établissement avant le début du trimestre suivant.*

RESPONSABLE FINANCIER :

NOM :_____**PRENOM :**_____

Adresse postale :_____

Numéro de téléphone (portable de préférence) :_____

Profession :_____

Employeur :_____

Adresse mail du responsable financier : _____

QUALITE : □ père □ mère □ autre *(à préciser)* _____

Modalités de règlement de la demi-pension :
Pour l'année 2020/2021, je souhaite régler la demi-pension :
□ **Au trimestre, à réception de la facture** (avis aux familles) qui est adressée par courriel uniquement à l'adresse mail du responsable financier désigné ci-dessus,

- soit par chèque établi à l'ordre de l'agent comptable du lycée Brocéliande de Guer
- soit en espèce à la caisse de l'agent comptable (service intendance aux horaires d'ouverture)
- soit par télépaiement via vos comptes Toutatice octroyés par l'établissement

□ **Par prélèvement automatique mensuel**
Le choix de ce mode de règlement doit être fait dès l'inscription de votre(vos) enfant(s), selon l'échéancier précisé sur la fiche « informations sur l'inscription et le règlement des frais scolaires » (à lire attentivement).

□ **Joindre obligatoirement un RIB Relevé d'identité bancaire (format IBAN/BIC) pour le prélèvement automatique (Nom sur le RIB = nom du responsable financier)**

□ Je soussigné, reconnais avoir pris connaissance du règlement du service de restauration et d'hébergement (SRH) accessible sur le site internet de la cité scolaire et en accepter les termes.

Date _____,

Année scolaire 2020-2021

CLASSE DE TERMINALE

NOM : _____ **Prénom** : _____ **Classe 2020-2021** : _____
Nom du responsable légal : _____
Adresse : _____ **CP et Commune** : _____
Téléphone : _____ **Mail** : _____@_____

Régime souhaité : ☐ Externe ☐ Demi-pensionnaire ☐ Interne

LV1 : Anglais
LV2 : ☐ Allemand ☐ Espagnol

ATTENTION ! Soyez le plus précis possible car ces éléments définissent votre future classe

TERMINALE GENERALE

Enseignements de SpécialitésObligatoires **(6h/ semaine chacun)**

Indiquer les DEUX enseignements de spécialité

☐ Histoire Géographie Géopolitique et Sciences Politiques
☐ Humanités Littérature Philosophie
☐ Langues Littératures et Cultures de l'Antiquité : LATIN
☐ Langues et Littérature Cultures Etrangères ANGLAIS
☐ Langues et Littérature Cultures Etrangères ESPAGNOL
☐ Mathématiques
☐ Physique Chimie
☐ SVT
☐ Sciences de l'Ingénieur
☐ Sciences Economiques et Sociales

Options FACULTATIVES **: 2 options maximum parmi les trois familles proposées, à raison d'une seule option par famille**

FAMILLE 1	☐ Mathématiques Expertes	☐ Mathématiques Complémentaires
FAMILLE 2	☐ Latin Grec ☐ Théâtre	☐ Arts plastiques ☐ LVR Gallo
FAMILLE 3	☐ Euro Anglais	☐ Euro Allemand

TERMINALE TECHNOLOGIQUE

Enseignements de Spécialité

☐ Gestion des Ressources Humaines ☐ Gestion Financière ☐ Mercatique

Enseignements optionnels **: (2 maximum)**

☐ Gallo ☐ Théâtre ☐ Arts Plastiques

Date et signature de l'élève

Date et signature du responsable légal

ANNEE SCOLAIRE 2020/2021

REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné, reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'établissement.

L'élève
(Nom et Prénom) : _____

Signature :

_____

Responsable(s) légal(aux)
[Nom(s) et Prénom(s)] : _____
_____

Signature (s) :

_____

AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE

Dans le cadre du projet d'établissement (sorties pédagogiques, voyages, activités liées à l'établissement)

Les professeurs, les intervenants qui encadrent les différents projets, à photographier mon enfant au cours des activités auxquelles il sera amené à participer.

Ces photographies pourront être utilisées en classe, diffusées sur le site internet de la Cité Scolaire ou dans la revue Académique du Rectorat.

La Maison des Lycéens de la Cité Scolaire « Brocéliande » organisera, en septembre 2020 une opération « photos ». Des photos de classe, des photos d'identité et un portrait seront tirés.

Leur achat ne présentera aucun caractère obligatoire. Toutefois, pour mener à bien cette opération, il nous faut votre assentiment. C'est la raison pour laquelle je vous serais reconnaissant, de bien vouloir retourner le coupon ci-joint dans le dossier d'inscription.

Je soussigné (e) **NOM** : …….. **PRENOM** :……., représentant légal de l'élève :

NOM : ……..

PRENOM : ……..

CLASSE : ……

☐ AUTORISE [1]

☐ N'AUTORISE PAS [1]

Signature du (des) représentant (s) légal (aux) : _____

(1) cocher la case correspondante

Ce document fait référence aux autorisations de sortie de l'établissement. Il sera à reproduire de la même façon au dos du carnet de liaison dès la rentrée scolaire.

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e) Mme / M._____

représentant (e) légal (e) de l'élève : _____

☐ Autorise mon fils / ma fille à quitter l'établissement en dehors des heures inscrites à l'emploi du temps et en cas d'absence occasionnelle d'un enseignant.

☐ N'autorise pas mon fils / ma fille à quitter l'établissement en dehors des heures inscrites à l'emploi du temps et en cas d'absence occasionnelle d'un enseignant. L'élève doit obligatoirement venir au Bureau de la Vie Scolaire pour pointer sa présence à chaque heure libre.

Fait à ……le……

(Signature de l'élève)

……

(Signature du (des) représentant(s) légal (aux))

…….

Année scolaire 2020-2021

FICHE INFIRMERIE : RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS

NOM : ..... **PRENOM :** ..... **DATE DE NAISSANCE :** .... Lieu : ..... N° sécurité sociale **de l'élève** : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ **A demander à votre caisse d'assurance maladie**	**CLASSE** _____

RESPONSABLE PRINCIPAL : ☐Père ☐Mère ☐Tuteur ☐Autre .....

Nom : ..... **Prénom :** .....

Téléphones :
Domicile : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Portable : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Travail : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

AUTRE RESPONSABLE : ☐Père ☐Mère ☐Tuteur ☐Autre .....

Nom : ..... **Prénom :** .....

Téléphones :
Domicile : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Portable : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Travail : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

MEDECIN TRAITANT :

Nom : ..... Téléphone : .....

Ville : .....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX
POUR
UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE

Vaccins à jour ☐oui ☐ non

JOINDRE PHOTOCOPIE DU CARNET DE VACCINATIONS (DTP et ROR). MERCI DE L'INSERER DANS LE PRESENT DOSSIER MEDICAL

Indiquez ci-après si votre enfant présente, actuellement, des difficultés de santé nécessitant des conduites à tenir au sein de l'établissement.

ASTHME ☐oui ☐non

ALLERGIES :

MÉDICAMENTEUSES ☐oui ☐non

ALIMENTAIRES ☐oui ☐ non

AUTRES .....

DIFFICULTÉS DE SANTÉ (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION CHIRURGICALE, RÉÉDUCATION…) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

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

BENEFICIE-T-IL D'UN SUIVI PARTICULIER (orthophoniste, psychologue, …) ?

.....
.....

OBSERVATIONS :

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

Si besoin, vous pouvez contacter l'Infirmerie de l'établissement du lundi au vendredi au 02.97.70.70.13

IMPORTANT : JOINDRE A CE DOSSIER

Votre enfant a-t-il bénéficié d'un protocole d'accueil individualisé (PAI) en 2019-2020 ?

☐oui ☐ non

Pour les primo arrivants : Merci de fournir le PAI antérieur

Votre enfant est-il reconnu inapte à la pratique d'EPS pour l'année 2020-2021

☐oui ☐ non

Si oui : Joindre un certificat médical (modèle recommandé par le CNOM [*Conseil National de l'Ordre des Médecins****]) de votre médecin traitant ou spécialiste***

Votre enfant a-t-il un suivi par la MDPH (maison des droits et de l'autonomie du Morbihan) ?

☐oui Si oui : Joindre une photocopie du dernier PPS ☐ non

A-t-il bénéficié d'aménagements des conditions d'examen ?

☐oui Si oui/ Joindre une photocopie de l'accord ☐ non

- **En cas de maladie chronique et/ou évolutive joindre**
  - une ordonnance médicale précisant le traitement
  - le protocole d'administration des soins
  - le traitement (médicaments, …)

RAPPELS

- ✓ Tout médicament entrant au lycée doit être accompagné d'une ordonnance.
- ✓ Les élèves **internes** doivent **déposer leur(s) médicament(s) et leur(s) ordonnance(s) à l'infirmerie.** ***Aucun interne*** *ne peut disposer de médicament(s) à l'internat sans autorisation du service infirmier*.
- ✓ Les élèves ayant une problématique de santé (et/ou PAI) nécessitant la prise d'un traitement doivent se présenter à l'infirmerie pour rencontrer l'infirmière **avant le 11 septembre**

En cas de problème, si la famille n'est pas joignable, il peut être fait appel aux services d'urgence (15) et dans ce cas le coût du transport pourra être à la charge de la famille.

Merci de mettre sous pli cacheté avec mention « Confidentiel » toutes informations confidentielles médicales.

Date :_____. . Signature :

Année scolaire 2020-2021

FICHE D'URGENCE A DESTINATION DU BUREAU DE LA VIE SCOLAIRE

Nom : …… **Prénom :**……
Classe : …… **Date de naissance :** ……
Nom des parents / responsable légal :……
Adresse :……
Téléphone ÉLÈVE *(TRÈS IMPORTANT)* :……

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 :

1- N° téléphone domicile : ……
2- N° portable mère : …… N° portable père : ……
3- N° travail mère : …… N° travail père : ……
4- Nom et N° téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : ……
……

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, PAI, précautions particulières à prendre…) : ……
……
……

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou pour les élèves internes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur.**

En cas d'impossibilité de joindre un responsable de l'enfant et **sur les consignes des Services d'Aide Médicale d'Urgence (15)**, le transport par véhicule sanitaire pourra être à la charge de la famille.

Merci de remplir correctement cette partie pour une bonne prise en charge de votre enfant par le service d'urgence, le cas échéant.

- N° téléphone du centre de sécurité sociale : ……
  Adresse : ……
- N° téléphone de la mutuelle : ……
  Adresse : ……
- N° téléphone de l'assurance scolaire : ……
  Adresse : ……
- **Nom du médecin traitant** : ……
  N° de téléphone : ……
  Adresse : ……
- **IMPORTANT : Date du dernier rappel de vaccin antitétanique** : ……