Académie de LILLE
RNE établissement : **0590258K**
Année scolaire **2019-2020**

LYCEE GASTON BERGER - GASTON BERGER
AVENUE GASTON BERGER
59016 LILLE CEDEX

Fiche secrétariat

Identité de l'élève

Nom :
Prénoms :
Né(e) le : à
Nationalité : Numéro national :

Scolarité de l'année en cours

MEF : Division :
Option 1 : Option 2 : Option 3 : Option 4 :
Régime : Date entrée :

Scolarité de l'année précédente

MEF : Division :
Option 1 : Option 2 : Option 3 : Option 4 :
Etablissement : Commune :

Dernier établissement connu fréquenté par l'élève

MEF :
Etablissement : Commune :

Représentant légal

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Commune :
Pays :
☎dom. : ☎travail : ☎portable :
@ courriel : Responsable à contacter en priorité (O ou N) :
Nombre d'enfants à charge : Nombre d'enfants scolarisés dans le second degré :
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (voir la liste jointe pour déterminer le code correspondant à votre situation)

Représentant légal

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Commune :
Pays :
☎dom. : ☎travail : ☎portable :
@ courriel : Responsable à contacter en priorité (O ou N) :
Nombre d'enfants à charge : Nombre d'enfants scolarisés dans le second degré :
Profession ou catégorie socio-professionnelle (code) : (voir la liste jointe pour déterminer le code correspondant à votre situation)

Responsable qui paie les frais scolaires

Nom :
Prénom :
Adresse :
Code postal :
Commune :
Pays :
☎dom. : ☎travail : ☎portable :
@ courriel :

Autre responsable ou personne à contacter

Nom :
Prénom :
☎dom. : ☎travail : ☎portable :
@ courriel :

DIRECTION DE L'ENSEIGNEMENT SCOLAIRE

FICHE D'URGENCE A L'INTENTION DES PARENTS*

LYCEE GASTON BERGER **Année scolaire : 2019/2020**

Nom : ..... Prénom : .....
Classe : ..... Date de naissance : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :
.....
.....

N° et adresse du centre de sécurité sociale :
.....
.....

N° et adresse de l'assurance scolaire :
.....
.....

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° de téléphone du domicile : .....
2. N° du travail du père : ..... Poste : .....
3. N° du travail de la mère : ..... Poste : .....
4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

.....
.....

En cas d'urgence, 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.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :
.....
(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

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

NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :
.....

** *DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'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.

INSCRIPTION INTENDANCE 2019/2020

APPRENANT

CAMPUS DES MÉTIERS ET DES QUALIFICATIONS
Relation client 3.0
Hauts-de-France

Inscription en 2019/2020 en classe de :

Classe fréquentée en 2018/2019 :

N° de carte existante :

APPRENANT

Nom :

Prénom(s) :

Sexe : M ☐ F ☐

Né(e) le : / / Nationalité :

Adresse :

📱 :

✉ :

(Utilisé pour réserver des repas et pour le paiement internet)

RESPONSABLE LEGAL

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / / à :

Adresse :

📱 :

✉ :

RIB À COLLER ICI (au nom des parents pour les élèves/étudiants mineurs)

OBLIGATOIRE POUR TOUS LES ELEVES BOURSIERS, DEMI-PEPENSIONNAIRES, ETUDIANTS EFFECTUANT DES STAGES EN ENTREPRISE. SANS CE DERNIER, L'INSCRIPTION NE POURRA ETRE DEFINITIVE.

Les remboursements ou paiements trimestriels ne peuvent se faire que sur un compte bancaire.

En fin de scolarité, je choisis de verser le solde de ma carte de restauration à la caisse de solidarité :

OUI ☐ NON ☐

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de la restauration scolaire ☐

(Merci de cocher et signer)

Signature élève/étudiant

Signature Responsable légal