

SECONDE		PREMIERE				TERMINALE				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GT	PRO GATL	G	STMG	ST2S	PRO GA	G	STMG	ST2S	PRO GA	
<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Espagnol	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Espagnol	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Italien	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Espagnol	<input type="checkbox"/> Anglais
1 enseignement optionnel O Management O Sanité et social O Biotechn. O Sc. et laboratoires O Atelier artistique O Aucune option		3 spécialités parmi O HG,GSP O HLP O LLCE O Math. O Phys. Ch. O SVT O SES O Arts Pla.	1 enseignement optionnel O Ciné. audio-visuel O EPS O aucune option	1 enseignement optionnel O Ciné. audio-visuel O EPS O aucune option		2 spécialités parmi O HG,GSP O HLP O LLCE O Math. O Phys. Ch. O SVT O SES O Arts Pla.	1 enseignement optionnel O Ciné. audio-visuel O EPS O aucune option	1 enseignement optionnel O Ciné. audio-visuel O EPS O aucune option		
1 enseignement optionnel O Ciné. audio-visuel O EPS O aucune option		1 enseignement optionnel O Ciné. audio-visuel O EPS O aucune option	1 enseignement optionnel O Ciné. audio-visuel O EPS O aucune option	1 enseignement optionnel O Ciné. audio-visuel O EPS O aucune option	Enseignement optionnel O EPS	1 enseignement optionnel O Ciné. audio-visuel O EPS O aucune option	1 enseignement optionnel O Ciné. audio-visuel O EPS O aucune option	1 enseignement optionnel O Ciné. audio-visuel O EPS O aucune option	Enseignement optionnel O EPS	
O Brevet d'initiation aéronautique		O Brevet d'initiation aéronautique				O Math. O Complémentaires O Math. Expertes O DGEMC O aucune option				
O Section européenne SVT - ESP	O Section européenne Anglais	O Section européenne SVT - ESP			O Section européenne Anglais	O Section européenne SVT - ESP	O Section européenne management anglais		O Section euro Anglais	

Date

Signature(s)

Nom de l'élève :

Prénom :

VERIFICATION D'INSCRIPTION

Merci de vérifier et de cocher la présence des documents

	Documents demandés		Documents à rapporter
	Copie du livret de famille les parents et les membres de la fratrie		Fiche d'inscription
	Copie document de justice confiant la garde des enfants		FSE chèque de 6€ (facultatif)
	Notification de bourses		Fiche demi-pension
	2 Photos d'identité		Fiche infirmerie
	Copie recto verso de la carte d'identité		Demande dossier médical
	Justificatif de domicile de moins de 3 mois		

SIGNATURE :



RÉGION ACADÉMIQUE
BOURGOGNE
FRANCHE-COMTÉ



Chalon sur Saône, le 30 juin 2020.

Madame, Monsieur,



Vous avez la possibilité de régler les frais de pension de votre enfant par prélèvement bancaire mensuel, selon l'échéancier ci-dessous :

3, Place Mathias
BP 10122
71 321 Chalon sur Saône
CEDEX

☎ 03.85.97.48.00

Fax : 03.85.97.48.10

E-mail :

0710010a@ac-dijon.fr

Site Internet

<https://lyc-mathias-chalon-sur-saone.eclat-bfc.fr>

Affaire suivie par :
Secrétariat intendance

TRIMESTRES	DATES	INTERNAT	DP5J	DP4J
1 ^{er} trimestre septembre-décembre	30/10/20	230.00 €	78.00 €	67.00 €
	30/11/20	230.00 €	78.00 €	67.00 €
	31/12/20 *	205.00 €	74.00 €	65.00 €
2 ^{ème} trimestre janvier-avril	29/01/21			
	26/02/21			
	31/03/21 *			
3 ^{ème} trimestre avril-juillet	31/05/21			
	30/06/21 *			

Les montants prélevés à partir du mois janvier vous seront indiqués sur le 1^{er} avis aux familles distribué aux élèves au mois de novembre.

* prélèvements d'ajustement (modifiés en cas d'éventuelles remises)

Pour bénéficier de ce prélèvement, vous devez renseigner le mandat de prélèvement ci-joint et le faire parvenir à **l'intendance du LYCEE MATHIAS**, pour le **20 septembre 2020**, dernier délai, accompagné d'un relevé d'identité bancaire.

Toute demande nous parvenant après cette date ne sera pas prise en compte.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

L'agent comptable
Patrick GALLET
comptable



La loi n°202-303 du 4 mars 2002, stipule que la transmission de données médicales d'un médecin à un autre médecin doit faire l'objet d'une autorisation préalable du patient (ou de son représentant légal). La transmission du dossier médical scolaire de votre enfant, qui le suivra durant tout son cursus scolaire est soumise à ce principe. Nous vous demandons de bien vouloir compléter et signer ce document qui sera communiqué au médecin référent de l'établissement scolaire actuellement fréquenté afin qu'il puisse demander la transmission du dossier.

Je soussigné(e) (NOM prénom).....responsable légal(e) de
l'élève (NOM prénom)né(e) le / /

Scolarisé(e) à (Nom et adresse complète de l'établissement scolaire fréquenté) :
.....
.....
.....
.....

Autorise le médecin scolaire de cet établissement à demander le dossier médical scolaire à son confrère de (ou des) établissement(s) où il(elle) était inscrit(e) précédemment.

Fait àle
Signature du responsable légal

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Date de la demande

NOM-Prénom de l'élève :

né(e) le : __ / __ / ____ à (lieu de naissance).....

ETABLISSEMENT OU EST INSCRIT L'ELEVE	DERNIER ETABLISSEMENT FREQUENTE PAR L'ELEVE
--------------------------------------	---

Etablissement précédent :

PARTIE RESERVEE A LA SANTE SCOLAIRE

Date de réponse :

En retour :

- Dossier complet
- Dossier incomplet
- Dossier non retrouvé

- Elève non inscrit à l'école indiquée
- Autres raisons de non envoi

.....
signature et cachet du médecin scolaire

LYCEE MATHIAS

ANNEE SCOLAIRE 20...-20...

CHALON SUR SAONE

TEL INFIRMERIE 03 85 97 48 23

Classe

FICHE INFIRMERIE

Nom de l'élève Prénom

Numéro de téléphone de l'élève

DETENTEURS DE L'AUTORITE PARENTALE

PERE

MERE

Nom.....

Prénom.....

Adresse.....

Profession.....

Tel domicile

Tel travail

Tel portable

Autre personne à contacter en cas d'absence des parents :

Nom.....tel.....lien parenté :

Nom et adresse de l'établissement scolaire fréquenté précédemment :

Nom et adresse du médecin traitant :
Numéro tel du médecin : / /

DATES DES VACCINATIONS :

Obligatoire : fournir copies du carnet de vaccination BCG/DTP/ROR

L'enfant présente-t'il ou a-t-il eu des problèmes de santé particulier : si oui précisez

- Maladie
- Allergies
- Accidents
- Intervention chirurgicale
- Trouble vision trouble auditif

L'enfant a-t-il bénéficié des aménagements suivants :

- PAL si oui, en quelle année ?
- PAP si oui, en quelle année ?
- 1/3 TPS si oui, en quelle année ?

L'enfant suit-il régulièrement un traitement ? si oui, lequel ?

Si oui : fournir double de l'ordonnance

Les élèves ne peuvent pas garder sur eux des médicaments sur le temps scolaire, ni à l'internat.

Les traitements doivent être déposés à l'infirmierie avec le double de l'ordonnance.

Les retours à domicile pour raison de santé, sont organisés et validés par l'infirmière ou la vie scolaire (en l'absence des infirmières). L'élève ne peut pas rentrer chez lui sans autorisation préalable des responsables de ces services.

Fiche d'urgence

Année scolaire : 20.. - 20..

NOM DE L'ELEVE PRENOM

DATE DE NAISSANCE.....

CLASSE..... REGIME : EXERNE DP INTERNE

En cas d'urgence, les parents autorisent que leur enfant, accidenté ou malade, soit orienté et transporté, non accompagné, 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

REPRESENTANTS DE L'ELEVE

PERE MERE

Ou tuteur :

NOM.....

Prénom.....

Profession.....

Adresse.....

.....

N° portable.....

Tel domicile.....

Tel travail.....

N° et adresse sécurité sociale.....

.....

N° et adresse assurance scolaire.....

.....

Personne à prévenir en cas d'absence des parents : N° TEL

Nom et lien de parenté :

Nom/ adresse / n°tel médecin traitant

Signatures du ou des représentants légaux :