



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Lycée polyvalent - Lycée des métiers Européen
Stéphane Hessel - Épernay

Dossier d'inscription en BTS

1^{ère} année

L'inscription en BTS ne sera prise en compte que si la photocopie des résultats obtenus au baccalauréat (ou photocopie du diplôme) est transmise avec le dossier d'inscription. L'inscription en BTS ne concerne que les élèves ayant accepté une proposition PARCOURSUP.

Le dossier d'inscription en BTS 1^{ère} année ainsi que les différents documents associés doivent être complétés puis envoyés ou déposés pendant les **périodes d'inscription** à l'adresse suivante :

Lycée Stéphane HESSEL, Secrétariat BTS, 8 rue Godart-Roger 51200 EPERNAY

Les périodes d'inscription sont les suivantes :

- du 5 au 13 juillet 2023 à 12h pour les propositions d'admission acceptées définitivement entre le 1^{er} juin et le 10 juillet inclus ;
- à partir du 25 août 2023 pour les propositions d'admission acceptées, définitivement ou non, entre le 11 juillet et le 20 août inclus ;
- pour toute proposition d'admission à partir du 21 août, dans les plus brefs délais après l'acceptation.

Les documents à compléter sont disponibles en ligne sur le site <https://www.lycee-hessel.fr/> ou au secrétariat BTS pendant les périodes d'inscription.

Les étudiants ne sont pas prioritaires pour intégrer l'internat, toute admission sera examinée en fonction des places disponibles.

Les pièces à fournir sont les suivantes :

- photocopie du livret de famille ;
- photocopie des vaccinations du carnet de santé ;
- relevé d'identité bancaire ;
- **photocopie du résultat au baccalauréat ;**
- cotisation volontaire de 9 euros / maison des lycéens (16 euros / internes)



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Lycée polyvalent - Lycée des métiers Européen
Stéphane Hessel - Épernay

Date d'entrée dans
l'établissement : _____

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire 20.. /20..

ÉLÈVE : _____

CLASSE/SÉRIE : _____

Régime demandé (externe, demi-p, interne) : _____

LV1 : _____ Module approfondissement local BTS CG (oui/non): _____ Doublement (oui/non) : _____

Option 1 : _____ Option 2 : _____ Option 3 : _____

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

NOM : _____ N° de téléphone de l'élève : _____

PRÉNOMS : _____ Mail de l'élève: _____ @ _____
(dans l'ordre de l'État Civil)

Né(e) le : _____ Commune : _____ Département : _____

Nationalité : _____ Sexe : _____

SCOLARITÉS ANTÉRIEURES

	ETABLISSEMENTS				CLASSES			
	LV1	LV2	Option 1	Option 2	Option 3	Option 4	Régime	
2017-2018								
2018-2019								
2019-2020								
2020-2021								
2021-2022								
2022-2023								

REPRESENTANT LEGAL

Père Mère Autre : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse: _____

Code Postal: _____ Commune: _____

Tel domicile: _____ Portable personnel: _____

Tel employeur: _____

Nombre total d'enfants à charge: _____

Nombre d'enfants à charge en lycée et collège public: _____

Adresse de l'élève si différente de celle du responsable légal 1:

Code postal: _____ Commune: _____

Téléphone: _____

Profession resp. légal 1 : _____

Adresse électronique du responsable légal 1 (en majuscule): _____

J'accepte de recevoir des informations du lycée Polyvalent d'Épernay sous forme de courrier électronique.
Ces courriels seront émis par: ce.0510068X@ac-reims.fr Date et signature

REPRESENTANT LEGAL

Père Mère Autre : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse: _____

Code Postal: _____ Commune: _____

Tel domicile: _____ Portable personnel: _____

Tel employeur: _____

Profession resp. légal 2 : _____

Adresse électronique du responsable légal 2 (en majuscule): _____

J'accepte de recevoir des informations du lycée polyvalent d'Épernay sous forme de courrier électronique.
Ces courriels seront émis par: ce.0510068X@ac-reims.fr Date et signature

CORRESPONDANT

(Personne à prévenir en cas d'urgence ou absence du représentant légal)

Lien de parenté : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Tel Domicile : _____ portable personnel: _____



FICHE INTENDANCE 2023-2024

ELEVE

Classe :

NOM :
(écrire lisiblement)

Sexe :

Prénom :
(écrire lisiblement)

Date de naissance :

Qualité : (ne cocher qu'une seule case)

Boursier : OUI NON

Interne

D-P forfait 5 jours par semaine - (- Lundi - Mardi - Mercredi - Jeudi - Vendredi)

D-P forfait 4 jours par semaine - Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi
(cochez les quatres jours souhaités)

D-P forfait 3 jours par semaine - Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi
(cochez les trois jours souhaités)

D-P forfait 2 jours par semaine - Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi
(cochez les deux jours souhaités)

D-P forfait 1 jour par semaine - Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi
(cochez le jour souhaité)

Externe

Le choix formulé par les familles en début de trimestre reste valable pour la durée du trimestre en cours.

Toutefois, vous pouvez changer de régime durant les trois premières semaines de septembre, car de nombreux changements d'emploi du temps interviennent.

Pour consulter : le règlement du service de restauration et d'hébergement, les tarifs 2023, merci de bien vouloir consulter notre site à l'adresse : <https://www.lycee-hessel.fr>

rubriques : LPO STEPHANE HESSEL/intendance/documents de restauration scolaire à télécharger.

RESPONSABLE LEGAL (responsable financier)

Nom :

Tél. domicile :

Prénom :

Tél. portable :

Adresse postale :

Signature

Adresse mail :

MERCI DE JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL

**CECI N'EST PAS UNE DEMANDE
DE PRELEVEMENT BANCAIRE**

RIB

(à agraffer ici)

FICHE D'URGENCE
Lycée Polyvalent Stéphane HESSEL
Année scolaire 2023 / 2024

Veillez remplir le plus exactement possible l'intégrité du document (RECTO et VERSO) DOCUMENT NON CONFIDENTIEL
Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

ELEVE

NOM :

PRENOM :

Sexe : F M

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

Classe en 2022/2023 Régime (ext, Dp, int) :

Établissement de votre enfant l'an passé :

PARENTS OU RESPONSABLES LÉGAUX

Père Mère Autre
Nom :

Prénom :

Adresse :

Commune :

Profession :

Tel fixe :

Portable :

Tél employeur :

Père Mère Autre
Nom :

Prénom :

Adresse :

Commune :

Profession :

Tel fixe :

Portable :

Tél employeur :

► Personne à contacter en cas d'urgence autre que les responsables légaux :

Nom :

Téléphone : Portable :

► Date du dernier rappel de vaccin antitétanique effectué :

► Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

► 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 dès que possible avertie par nos soins (infirmière ou membre de la communauté éducative). **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

« Je m'engage à reprendre mon enfant dans l'établissement de soins où il aura été orienté. »

Signature des parents

► **Pour les élèves internes :**

« J'autorise les soins pour mon enfant et, en cas d'impossibilité absolue de me déplacer, j'autorise le chef d'établissement à faire reprendre mon enfant mineur pour le ramener à l'internat. Son retour s'effectuera en voiture de fonction ou taxi. »

Signature des parents

**INFORMATIONS CONFIDENTIELLES
IMPORTANTES**

NOM : PRENOM :

1. Votre enfant a-t-il un problème de santé ?
.....
.....
.....
.....

→ Si oui, un PAI a-t-il été mis en place par le médecin scolaire l'an passé ? oui non

2. Votre enfant a-t-il des troubles des apprentissages ?
(Dyslexie, dysgraphie, dysphasie.....)
.....
.....

→ Si oui, un PAP a-t-il été mis en place l'an passé ?
 oui non

3. Votre enfant a-t-il un dossier MDPH ?
 oui non en attente

4. Votre enfant avait-il une notification ULIS l'an dernier ?
 oui non en attente

5. Avez-vous fait une demande de notification ULIS pour cette année scolaire ?
 oui non en attente

N

6. Votre enfant a-t-il bénéficié d'un aménagement des examens l'an passé ? oui non

→ Si oui, veuillez indiquer le motif et les aménagements qui ont été accordés :
.....
.....
.....

7. Votre enfant a-t-il un suivi extérieur ?
 CMP CMPE CMPP CATT
 Psychologue libéral
 Psychiatre
 Orthophoniste
 Ergothérapeute
 Psychoéducateur(ne)
 Médecin spécialiste : si oui Lequel :

Autre :

8. Information(s) importante(s) que vous souhaitez nous communiquer éventuellement :
.....
.....
.....