



**LYCEE AGRO ENVIRONNEMENTAL PRIVE  
SAINT-JOSEPH  
63340 - LE BREUIL SUR COUZE**

TEL. 04.73.71.89.60 FAX. 04.73.71.89.69  
Email : le-breuil-sur-couze@cneap.fr

**BTSA  
AGRONOMIE – PRODUCTIONS VEGETALES**

**DOSSIER D'INSCRIPTION  
Années scolaires 2019/2021**

***NOM Prénom***

.....

# FICHE D'INSCRIPTION

PHOTO

## IDENTIFICATION

NOM ..... Prénoms .....

Né(e) le ..... Ville ..... Département .....

Pays ..... Nationalité ..... Sexe M  F

Portable Etudiant : .....

**REGIME :** INTERNE  1/2 PENSIONNAIRE  EXTERNE

Dispensé(e) d'éducation physique OUI  NON

*Si dispensé(e) à l'année, joindre un certificat médical*

## RESPONSABLE LEGAL (Envoi des notes et Facturation)

PERE  MERE  TUTEUR  AUTRE .....

NOM ..... Prénom .....

Adresse .....

Code Postal ..... VILLE .....

Tél domicile .....

Portable Père ..... Portable Mère .....

Email .....

## ADRESSE DE L'AUTRE PARENT (SI DIFFERENTE)

Envoi des notes OUI  NON

NOM ..... Prénom .....

Adresse .....

CP ..... VILLE ..... Tél .....

Mode de règlement :  par chèque

par virement (veuillez effectuer la démarche sur internet ou auprès de votre banque)

RIB Lycée : Crédit Agricole Centre France ISSOIRE  
IBAN : FR76 1680 6051 0011 0034 0510 045  
SWIFT : AGRIFRPP868

**2018/2019** Classe ..... Option .....  
Etablissement .....  
Adresse .....  
CP ..... Ville .....

**2017/2018** Classe ..... Option .....  
Etablissement .....  
Adresse .....  
CP ..... Ville .....

Dernier diplôme obtenu : ..... Date .....

Dans quel établissement : .....

Adresse établissement : .....

Langue vivante 1 : .....

### **SITUATION PROFESSIONNELLE DES PARENTS**

**PERE** : Nom ..... Prénom .....

Profession (préciser l'emploi et le secteur) :  
.....

**MERE** : Nom ..... Prénom .....

Profession (préciser l'emploi et le secteur) :  
.....

### **BOURSES DU SUPERIEUR :**

La demande est à faire auprès du CROUS

Dès la rentrée nous fournir la notification de bourses que vous trouverez dans votre dossier social étudiant afin que l'établissement active vos paiements mensuels.

Fait à ....., le .....

Signature du responsable légal

***Suite au verso***

## PIECES A JOINDRE DANS LE DOSSIER

### ***Obligatoires*** (tout dossier incomplet sera refusé)

- 2 photos d'identité avec le nom au dos (dont une collée sur le dossier)
- Une photocopie des bulletins scolaires des 2 dernières années
- 2 Photocopies recto/verso de la carte d'identité
- La fiche de santé + l'autorisation de traitement médical
- Un chèque de 25 € à l'ordre du LAE St Joseph pour frais de dossier

### ***A fournir au plus tard à la rentrée***

- Une attestation d'assurance responsabilité civile fournie par votre assureur pour l'année scolaire à venir

# FICHE DE SANTE

**NOM DE L'ELEVE :** ..... **CLASSE :** .....

**1 - L'élève a-t-il subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? Lesquelles ? Dates**

.....  
.....

**2 – Le candidat est-il atteint d'une maladie nécessitant un traitement spécial ? Indiquez les traitements déjà effectués et le traitement suivi :**

- Albumine
- Diabète
- Asthme
- Eczéma
- Pertes de connaissance
- Epilepsie
- Cardiopathie
- Hépatite
- Autres

.....  
.....

**3 - Traitement en cours**

.....  
.....

**4 - Réactions allergiques médicamenteuses ou alimentaires (donner des renseignements précis)**

.....  
.....

**5 - La pratique de certains sports est-elle interdite ? Lesquels ?**

.....  
.....

**6 - Observations particulières**

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

A.....le.....

Signature du responsable légal

*Suite au verso*

# AUTORISATION DE TRAITEMENT MEDICAL ET D'INTERVENTION CHIRURGICALE

**Je soussigné(e) - Père, Mère, Tuteur Légal :**

.....

**Adresse complète :**

.....

.....

**NOM ET PRENOM DE L'ELEVE**

.....

**NOM DU MEDECIN DE FAMILLE**

.....

**Tél** .....

- Autorise l'administration de l'établissement à faire dispenser les soins reconnus nécessaires, et le cas échéant, à prendre toutes mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence (y compris l'anesthésie) ou pour une hospitalisation.
- Je laisse l'administration de l'établissement libre de choisir le chirurgien et l'hôpital (en principe l'hôpital d'Issoire)
- Je m'engage à régler moi-même les honoraires et frais engagés.

A ..... Le .....

Signature responsable légal

## IMPORTANT

**A quels numéros de téléphone peut-on vous joindre ?**

NOM ..... TELEPHONE .....

NOM ..... TELEPHONE .....

**En cas de besoin, qui peut-on prévenir ?**

NOM ..... TELEPHONE .....

**Numéro d'immatriculation à la S.S. ou M.S.A. de l'élève (à défaut, du responsable légal)**