



RÉGION ACADÉMIQUE
NOUVELLE-AQUITAINE

MINISTÈRE
DE L'ÉDUCATION NATIONALE
ET DE LA JEUNESSE
MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR,
DE LA RECHERCHE
ET DE L'INNOVATION



Lycée Bernard PALISSY
164 boulevard de la Liberté
47000 AGEN

Photo d'identité

DOSSIER D'INSCRIPTION

1^{ère} année BTS

Année scolaire 2025/2026

Pièces à fournir avec le présent dossier

<input type="checkbox"/> Exéat (si vous étiez scolarisé en lycée en 2024 /2025)	<input type="checkbox"/> Fiche infirmerie/urgence
<input type="checkbox"/> Copie du livret de famille	<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance responsabilité civile
<input type="checkbox"/> Attestation d'affiliation à un organisme de sécurité sociale ouvrant les droits à l'assuré	<input type="checkbox"/> Photocopie du relevé de notes du bac
<input type="checkbox"/> 3 photos d'identités récentes (nom et prénom de l'élève au dos)	

Renseignements concernant l'étudiant

NOM (en capitale) :

Prénoms (ordre de l'état civil) :

Sexe : Garçon Fille **Nationalité** :

Né(e) le : **À** (Pays, dept, ville) :

Tel de l'étudiant: **Mail de l'étudiant** (en capitale):

Numéro de sécurité sociale :

Nom et adresse de la Caisse d'assurance maladie :

.....

Lieu de résidence de l'étudiant : Père Mère Autre Adresse propre à l'élève

Adresse si différente de celle des responsables légaux :

Adresse :

.....

.....

Code postal : **Commune** :

Régime :

DP 4 jours

DP 5 jours

Externe

Externe au ticket (Repas payable d'avance avec tickets à retirer à l'intendance.)

Voir document sur tarification solidaire

Bourses :

Réservé à l'administration

Demande de bourses (CROUS)	oui <input type="checkbox"/>
	non <input type="checkbox"/>

Obtention de la bourse (CROUS)	oui <input type="checkbox"/>
	non <input type="checkbox"/>

Renseignements concernant les représentants légaux

Représentant légal : père mère autre (précisez)

paie les frais scolaires perçoit les aides

NOM : **Prénom :**

Tel Domicile : Tel Professionnel :

Tel Mobile :

Adresse :

.....

.....

.....

Mail :

Autorise l'établissement à communiquer ces informations aux associations de parents d'élèves : oui non

Situation Occupe un emploi au chômage retraité sans profession autre cas

Profession : Code profession :

Représentant légal : père mère autre (précisez)

paie les frais scolaires perçoit les aides

NOM : **Prénom :**

Tel Domicile : Tel Professionnel :

Tel Mobile :

Adresse :

.....

.....

.....

Mail :

Autorise l'établissement à communiquer ces informations aux associations de parents d'élèves : oui non

Situation Occupe un emploi au chômage retraité sans profession autre cas

Profession : Code profession :

Autre responsable : beau-père belle-mère autre (précisez)

NOM : **Prénom :**

Tel Domicile : Tel Professionnel :

Tel Mobile :

Adresse :

.....

.....

.....

Mail :

Situation des parents : Mariés Union libre Séparés Divorcés

La famille est-elle suivie par un service social ? oui non si oui, lequel ?

Renseignements concernant la scolarité

Scolarité antérieure

Années scolaires	Classe	Établissement (Nom – Commune / Pays)
2024/2025		
2023/2024		

En Première année de BTS :

<input type="checkbox"/> COMMUNICATION	<input type="checkbox"/> BIOQUALITE
--	-------------------------------------

Redoublement : oui non

Enseignement obligatoire Langues vivantes 1	Enseignements facultatifs Important Tout inscription à un enseignement facultatif est définitive pour l'année. L'assiduité aux cours est donc obligatoire. Les étudiants issus d'un baccalauréat professionnel doivent s'informer auprès de l'équipe pédagogique du niveau attendu en LV2 en BTS communication.
<input type="checkbox"/> Anglais (obligatoire en BTS Bioqualité) <input type="checkbox"/> Espagnol	<input type="checkbox"/> LV2 Espagnol (Non disponible en BTS Bioqualité) <input type="checkbox"/> LV2 Anglais ((Non disponible en BTS Bioqualité) <input type="checkbox"/> Entreprenariat (Non disponible en BTS Bioqualité)

L'inscription au lycée Bernard Palissy entraine l'acceptation de son règlement intérieur par l'étudiant et le(s) responsable(s).

Nous soussignés, étudiant et responsables légaux, certifions l'exactitude des renseignements donnés dans ce dossier.

Fait à, le

Signature de l'étudiant :

Signature du représentant légal :

Codes professions

10	<i>Agriculteur Exploitant</i>
21	<i>Artisan</i>
22	<i>Commerçant et assimilé</i>
23	<i>Chef d'entreprise de 10 salariés et plus</i>
31	<i>Profession Libérale</i>
33	<i>Cadre de la fonction publique</i>
34	<i>Professeur , professions scientifiques</i>
35	<i>Profession de l'information, des arts et des spectacles</i>
37	<i>Cadre administratif, commercial d'entreprise</i>
38	<i>Ingénieur, Cadre technique d'entreprise</i>
42	<i>Instituteur et Assimilé, professeurs des écoles</i>
43	<i>Professions intermédiaires de la santé et du travail social</i>
44	<i>Clergé, Religieux</i>
45	<i>Professions intermédiaires administratives de la fonction publique</i>
46	<i>Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises</i>
47	<i>Technicien</i>
48	<i>Contremaître, Agent de maîtrise</i>
52	<i>Employé civil et Agent de service de la fonction publique</i>
53	<i>Policier, Militaire</i>
54	<i>Employé administratif d'entreprise</i>
55	<i>Employé de Commerce</i>
56	<i>Personnels des Services directs aux particuliers</i>
62	<i>Ouvrier Qualifié de type industriel</i>
63	<i>Ouvrier Qualifié de type artisanal</i>
64	<i>Chauffeur</i>
65	<i>Ouvrier Qualifié de la manutention, du magasinage et du transport</i>
67	<i>Ouvrier non Qualifié de type industriel</i>
68	<i>Ouvrier non Qualifié de type artisanal</i>
69	<i>Ouvrier agricole</i>
72	<i>Retraité</i>
85	<i>Personne sans activité professionnelle</i>
99	<i>Non renseignée</i>

FICHE D'URGENCE

Étudiant : Nom : Prénoms :

Date de naissance : Numéro de téléphone étudiant

Nom et prénom du représentant légal :

Numéro et adresse du centre de sécurité sociale :

Numéro du contrat 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 le plus d'informations possible :

Nom, prénom et adresse du responsable légal 1

Nom, prénom et adresse du responsable légal 2

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

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

Tél. domicile :

Tél. domicile :

Tél. portable :

Tél. portable :

Tél. lieu de travail :

Tél. lieu de travail :

Profession :

Profession :

Nom, qualité et numéro de téléphone des personnes susceptibles de vous prévenir rapidement :

.....

Nom, qualité et numéro de téléphone des personnes autorisées à prendre en charge votre enfant si vous êtes dans l'impossibilité de le faire :

.....

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 :

Observations particulières (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre, etc...)

.....

Nom, adresse et numéro de téléphone de votre médecin traitant :

.....

Fait à, le

Signature des parents :

L'infirmière est habilitée à donner un traitement sur prescription médicale ou protocole de soins. Autorisez-vous l'infirmière à donner des médicaments à votre enfant si besoinoui Non (entourez votre choix)

Signature (indiquez votre nom et prénom)

date

FICHE INFIRMERIE

Service de promotion de la santé en faveur des étudiants
Mél : infirmierepalissy@yahoo.fr

N° infirmerie du lycée : 05.53.77.46.62 / 06.16.93.45.33

CES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS SONT A FOURNIR AVEC LA PLUS GRANDE PRECISION.

NOM Prénom

Né(e) le/...../..... à

Nationalité : Régime : EXT. D.P. INT INT.HEB.

Nombre de frères et sœurs :

Etablissement précédemment fréquenté (nom et adresse) :

Adresse complète de l'étudiant :

Téléphone du domicile :

Assurance scolaire ou responsabilité civile :

Pour ce qui concerne le fonctionnement de l'infirmerie, il vous est indispensable de lire attentivement le règlement intérieur (disponible sur le site du lycée).

Les médicaments que prennent les élèves ainsi que l'ordonnance doivent être déposés à l'infirmerie impérativement.

VACCINATIONS

Joindre comme justificatif la photocopie du carnet de santé (pages des vaccins) impérativement.

Les vaccinations étant vérifiées chaque année, il vous appartient de mettre à jour celles-ci pour la rentrée scolaire.

Pour l'admission, les vaccinations antidiphtérique, antitétanique et antipoliomyélitique sont obligatoires.

Vaccinations conseillées : Rougeole, Oreillons et Rubéole.

RENSEIGNEMENTS

A cocher s'il y a lieu :

- | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rougeole | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Rhumatismes | <input type="checkbox"/> Spasmophilie | <input type="checkbox"/> Hémophilie |
| <input type="checkbox"/> Varicelle | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Maladies hépatiques | <input type="checkbox"/> Coqueluche | <input type="checkbox"/> Rubéole |
| <input type="checkbox"/> Oreillons | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Maladies cardiaques | <input type="checkbox"/> Maladies rénales | |

Votre enfant souffre-t-il d'une maladie spécifique :

- | | |
|---|------------------|
| <input type="checkbox"/> allergie(s) | Précisez : |
| <input type="checkbox"/> intolérance médicamenteuse | Laquelle : |
| <input type="checkbox"/> intolérance alimentaire | Laquelle : |
| <input type="checkbox"/> d'un handicap | Lequel : |
| <input type="checkbox"/> d'un trouble de la vue | Lequel : |
| <input type="checkbox"/> d'un trouble de l'audition | Autre : |

Suit-il un traitement ? Lequel ? (Joindre l'ordonnance ou l'ordonnance de protocole de soins d'urgence, signée par le médecin, dans le cas où la santé de votre enfant la nécessiterait).

A-t-il subi des interventions chirurgicales ? Lesquelles (précisez la date) :

Notamment appendicectomie : OUI (date :/...../.....) NON

Suit-il un régime alimentaire spécifique ? Lequel ? (Joindre l'ordonnance)

L'enfant a-t-il un suivi spécifique (REPOP, RESEDA, Maison des adolescents, orthophonie...)

Nom et adresse de votre médecin traitant et numéro de téléphone :

Signature de l'étudiant :

Signature du responsable légal :

COMMENT S'INSCRIRE ?

1. Se munir de son dernier avis d'imposition 2025 (sur les revenus 2024).
2. Dès le 25 août 2025, créer un compte sur le site web dédié.



SCANNEZ-MOI



tarificationsolidaire.lycees.nouvelle-aquitaine.pro

IMPORTANT

Pensez à vous inscrire avant le 10 octobre 2025 pour bénéficier de la tarification solidaire sur toute l'année scolaire !

Credits photos: Région N-A, E.Roch et la Région N-A, A. Marquot. Imprimé par un imprimeur labellisé Impprim'vert sur du papier recyclé issu de forêts gérées durablement avec des encres végétales. 2025

- Le saviez-vous ?



9,50€
Le coût réel de production d'un repas



180 000 élèves fréquentent le service de restauration et d'hébergement des lycées de la Région



255
cuisines



26 millions
de repas par an



60% de produits régionaux dont
30% de produits Bio

INFORMATIONS ET CONTACT



05 49 38 49 38 - choix 1



nouvelle-aquitaine.fr/contact

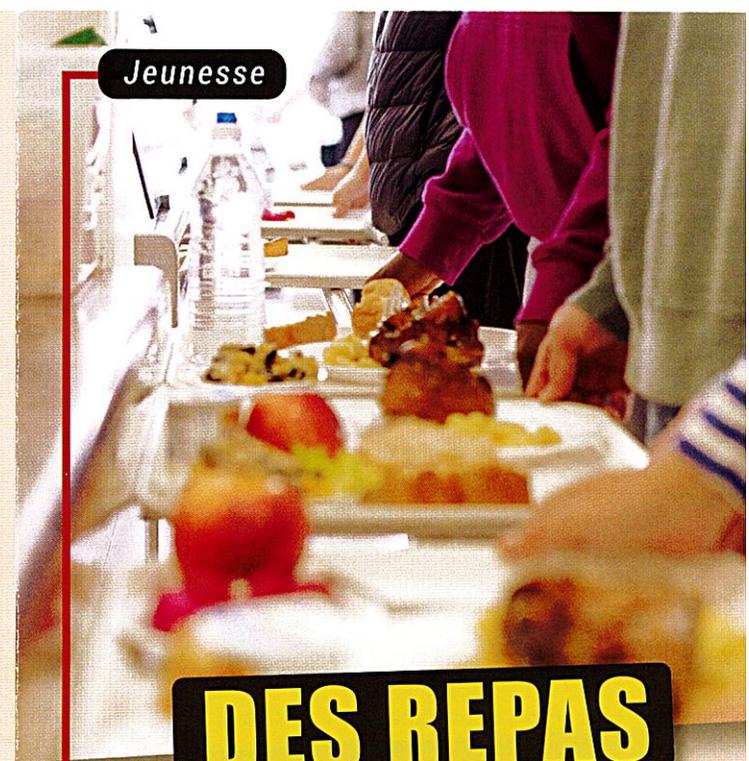


naqui.fr/tarification-solidaire



RÉGION Nouvelle-Aquitaine × NÉO TERRA

Jeunesse



DES REPAS

POUR TOUS

UN TARIF

POUR CHACUN

RENTREE 2025



RÉGION Nouvelle-Aquitaine × NÉO TERRA

naqui.fr/tarification-solidaire

LA TARIFICATION SOLIDAIRE en 3 points

Des tarifs plus équitables

Le tarif du repas, dans le cadre des forfaits, est calculé à partir de votre quotient familial fiscal.

Des repas de qualité

La Région Nouvelle-Aquitaine travaille avec les lycées pour proposer à tous les élèves une alimentation saine et équilibrée.

La prise en charge de la Région

La Région aide toutes les familles. Elle prend en charge l'écart entre le coût réel d'un repas évalué à 9,50€ et le tarif du repas de chaque tranche.

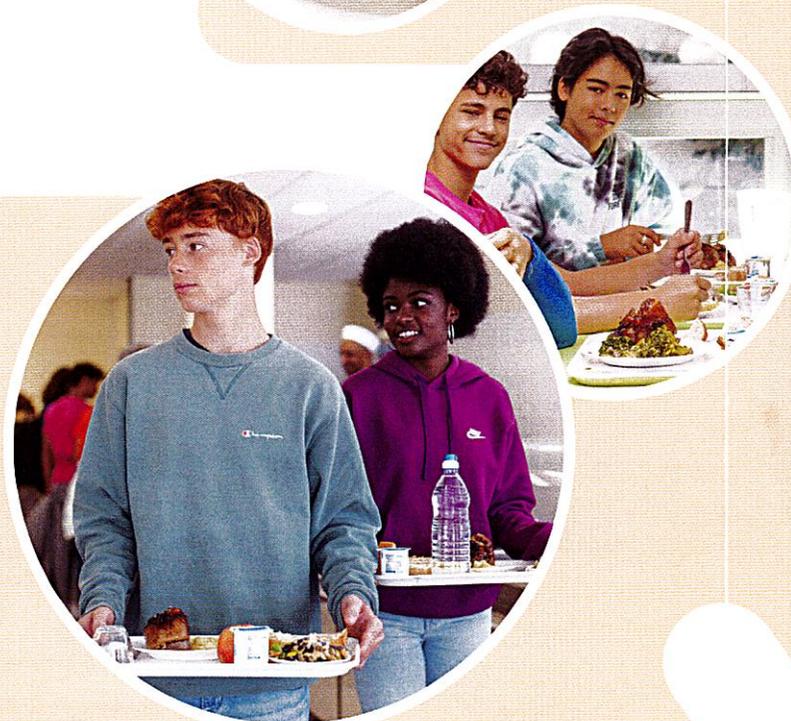
	Quotient familial annuel régional	Tarifs du repas par forfait	Part de la prise en charge régionale
1	≤ 3 040€	2,30€	75,79%
2	≤ 5 780€	2,40€	74,74%
3	≤ 7 960€	2,50€	73,68%
4	≤ 9 850€	2,60€	72,63%
5	≤ 11 570€	2,70€	71,58%
6	≤ 13 300€	2,83€	70,21%
7	Non soumis à revenus	2,85€	70%
8	≤ 15 400€	3,25€	65,79%
9	≤ 18 380€	3,85€	59,47%
10	≤ 23 960€	4,75€	50%
11	≥ 23 961€	5,50€	42,11%

66%

Moyenne de la prise en charge régionale par repas

QUI PEUT EN BÉNÉFICIER ?

Les lycéens et étudiants scolarisés dans un lycée public des départements de la Charente (16), de la Creuse (23), de la Dordogne (24), des Landes (40), du Lot-et-Garonne (47), des Deux-Sèvres (79), de la Vienne (86), de la Haute-Vienne (87), et au Lycée Gustave Eiffel (33).



LES TARIFS 2024-2025



Le forfait **demi-pension**

À partir de **3 repas par semaine**, comptez de **2,30€ à 5,50€** par repas, soit en fonction du nombre de jours, un forfait annuel compris entre **239,20€** et **946,00€**.



Le forfait **internat**

À partir de **3 nuits**, comptez de **2,30€ à 5,50€** par repas, soit en fonction du nombre de nuits, un **forfait annuel** compris entre **884,20€** et **3480,90€**.



Les repas **au ticket**

Le ticket est au prix fixe de **5,55€**. (non soumis à revenus).



NB : en l'absence d'inscription en ligne ou en cas de refus du calcul du quotient familial, c'est le tarif le plus élevé qui s'applique.