

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## 2ème année BTS COM

### Année scolaire 2026/2027

#### Pièces à fournir avec le présent dossier

<input type="checkbox"/> Exéat (si vous étiez scolarisé en lycée en 2025 /2026)	<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

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

<b>Obtention de la bourse (CROUS)</b>	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)
2025/2026		
2024/2025		

## En Première année de BTS :

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

Redoublement :    oui     non

Enseignement obligatoire Langues vivantes 1	Enseignements facultatifs <b>Important</b> 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 INFIRMERIE

Service de promotion de la santé en faveur des élèves  
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'élève :

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 antidiphthérique, 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 du responsable légal :