



Lycée des métiers du bâtiment Le Corbusier
2 rue Paul Bloch - 95240 Cormeilles-en-Parisis
Tél. 01.39.78.48.98 - Mail : 0950656X@ac-versailles.fr

Objet : Mise à jour des dossiers pour la Rentrée 2022 - 2023

Madame, Monsieur,

Afin de préparer la rentrée scolaire de votre enfant, je vous prie de bien vouloir déposer auprès du service de la Vie Scolaire, selon le calendrier établi (voir au dos), les documents suivants :

Fiche pré-remplie de renseignements : **apporter les corrections en rouge et signer.**

A vérifier :   

Fiche d'urgence

Questionnaire parental

Enveloppe élève (fourni) renseignée

Autorisation de sortie / + Autorisation de sortie internat (si élève hébergé à l'internat)

2 photos **récentes** d'identité (1 pour la carte scolaire et 1 pour l'enveloppe de l'élève)

Pour l'ASSOCIATION DE LA MAISON DES LYCÉENS (chèque à l'ordre de : MDL)

10 euros pour les DP et les externes / 20 euros pour les internes

Questionnaire des travaux réglementés pour les élèves de 1ères et Terminales CAP et BAC :

À fournir en plus pour les élèves de Terminales CAP et BAC :

Photocopie de l'attestation de recensement (plus de 16 ans de nationalité française)

~~~~~

**POUR LE DOSSIER DE RESTAURATION SCOLAIRE : À remettre à l'INTENDANCE**

Fiche d'inscription à la demi-pension ou à l'internat

Attestation de quotient familial ( [www.caf.fr](http://www.caf.fr) ou [www.iledefrance.fr/equitables](http://www.iledefrance.fr/equitables))

RIB ou RIP

**À fournir en plus pour les nouveaux demi-pensionnaires :**

Un chèque de 20€ (pour le 1<sup>er</sup> approvisionnement) à l'ordre de l'agent comptable

**À fournir en plus pour les nouveaux internes (hébergement à l'internat) :**

Un chèque de caution de 45€ pour la clef de la chambre (remboursée à restitution de la clef)

*Le calendrier est au dos ➔*

## **CALENDRIER :**

Le dossier complet sera déposé par l'**élève en dehors de ses heures de cours et des PFMP ou par son représentant légal** auprès du service de la Vie Scolaire.

△ Pour la communication avec l'établissement, des numéros de téléphone portable à jour (élève et responsables légaux) sont nécessaires. Pour l'ENT, une adresse mail est obligatoire.

### **CALENDRIER DES RÉINSCRIPTIONS**

**Du lundi 30 mai au vendredi 10 juin 2022 de 8h30 à 10h30 et de 13h30 à 17h00**

Le service Vie scolaire effectuera un contrôle avec l'élève ou son représentant. Les dossiers devront être impérativement être complets et les documents signés. Le cas échéant, ils ne seront pas acceptés.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Proviseur,  
M. DEMBELE



## FICHE DE RENSEIGNEMENTS 2022-2023

### IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

NOM :  Prénom(s) :

Classe :

Né(e) le    à  Code Postal :

Sexe (M ou F)  Nationalité :  Pays de naissance :

Mobile élève       Courriel de l'élève (@)

### SCOLARITÉ POUR LA RENTRÉE 2021-2022

Classe ou formation :  Spécialité :

RÉGIME : Externe  1/2 pensionnaire  Interne

Doublement :  Oui  Non L.V.1 :  L.V.2 :

### SCOLARITÉ DE L'ANNÉE FINISSANTE 2019-2020

Nom de l'établissement :

Ville :  Code postal :

Académie :  Établissement public  Établissement privé

Classe ou formation :  Spécialité :

### RESPONSABLE LÉGAL 1 – FINANCIER À CONTACTER EN PRIORITÉ

Nom :  Prénom :  Lien de parenté :

Adresse :

Code postal :  Commune :

Domicile      Travail      Mobile

Courriel (@)

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

Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves :  Oui  Non

Situation emploi :  Profession :  Code profession :

**SITUATION EMPLOI – CODIFICATION** : 1 : Occupe un emploi 2 : Au chômage 3 : Pré-retraite, retraite ou retiré des affaires 4 : Autre situation (personne sans activité professionnelle et « non retraité » (femme au foyer... )

### CODIFICATION DES PROFESSIONS ET CATÉGORIES SOCIALES

#### AGRICULTEURS

10 – Agriculteurs

#### ARTISANS, COMMERÇANTS ET CHEFS d'ENTREPRISES

21 - Artisans

22 - Commerçants et assimilés

23 - Chefs d'entreprises de 10 salariés ou plus

#### CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES SUPÉRIEURES

31 - Professions libérales

33 - Cadres de la fonction publique

34 - Professeurs et assimilés

35 - Professions de l'information, des arts et des spectacles

37 - Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises

38 - Ingénieurs et cadres techniques d'entreprises

#### PROFESSIONS INTERMÉDIAIRES

42 - Instituteurs et assimilés

43 - Professions intermédiaires de la santé et du travail social

44 - Clergé, religieux

45 - Professions intermédiaires administratives de la fonction publique

46 - Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises

47 - Techniciens

48 - Contremaîtres, agents de maîtrise

#### EMPLOYÉS

52 - Employés civils et agents de service de la fonction publique

53- Policiers et militaires

54 - Employés administratifs d'entreprises

55 - Employés de commerces

56 - Personnels des services directs aux particuliers

#### OUVRIERS

61 - Ouvriers qualifiés

66 - Ouvriers non qualifiés

69 - Ouvriers agricoles

#### RETRAITES

71 - retraités agriculteurs exploitants

72 - Retraités artisans, commerciaux et chefs d'entreprises

73 - Retraités cadres et professions intermédiaires

76 - Retraités employés et ouvriers

#### AUTRE INACTIFS

81 - Chômeurs n'ayant jamais travaillé

82 - Personnes sans activité professionnelle

### RESPONSABLE LÉGAL 2

**À CONTACTER EN PRIORITÉ**

Nom :  Prénom :  Lien de parenté :

Adresse :

Code postal :  Commune :

Domicile  Travail  Mobile

Courriel (@)

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

Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves :  Oui  Non

Situation emploi :  Profession :  Code profession :

### AUTRE PERSONNE A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE

Nom :  Prénom :  Lien de parenté :

Domicile  Travail  Mobile

### AUTRES RENSEIGNEMENTS – INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Adresse personnelle de l'élève, si différente du responsable légal 1 et 2 :

Code postal :  Commune :

Domicile  Élève majeur ou émancipé :  Oui  Non

► **DATE et SIGNATURES OBLIGATOIRES** :  /  /

|                      |                      |                      |                      |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Père                 | Mère                 | Responsable légal    | Élève                |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |



**Lycée des métiers du bâtiment LE CORBUSIER**

**2 rue Paul Bloch – 95240 Cormeilles-en-Parisis**

**Tél. 01 39 78 48 98 - Fax. 01 39 78 36 79**

## AUTORISATION DE SORTIE 2022-2023

Je soussigné(e) Mme, M. , responsable de l'élève :

Nom et prénom :  scolarisé en classe de

autorise mon fils / ma fille à quitter le lycée en cas de permanence, d'une durée minimum de deux heures prévue ou non à l'emploi du temps de l'élève ainsi que lors de la demi-pension (conformément au régime des sorties du règlement intérieur).

OUI

NON

*Cette autorisation sera portée sur la carte scolaire de l'élève et valable pour toute la durée de l'année scolaire. En cas de modification, l'achat d'une nouvelle carte sera nécessaire (5 euros et une photo).*

Fait le :  /  /

SIGNATURE obligatoire du responsable légal :

## AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE POUR LES ÉLÈVES INTERNES \*

*\* A ne remplir que si votre enfant est interne*

J'autorise mon enfant hébergé à l'**INTERNAT**(nuitées du lundi au vendredi matin)

à participer aux sorties éducatives qui pourraient être proposées dans le cadre de l'internat.

à sortir pour une durée maximale de 5 minutes, devant l'entrée du lycée, après l'heure d'étude du soir, sous la surveillance d'un Maître d'internat. (Élève fumeur)

J'ai souscrit pour mon enfant une assurance responsabilité civile et une assurance individuelle accidents corporels auprès de :

Nom de la compagnie d'assurance :

N° de la police d'assurance :

Fait le :  /  /

SIGNATURE obligatoire du responsable légal :



## Fiche d'urgence à l'attention des parents\* Année scolaire 2022-2023

Nom de l'élève :  Prénom :

Classe :  Date de naissance :

**N° Sécurité Sociale de l'élève :**

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

N° 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 au moins un numéro de téléphone :

1. N° de téléphone du domicile :

2. N° mobile Mère :      N° mobile Père :

3. N° de travail du père :      Poste :

4. N° de travail de la mère :      Poste :

5. Nom et n° de téléphone et nom d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

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.**

### AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame  autorisons l'anesthésie de notre fils/fille  au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A :  le :  /  /

Signature des parents

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :  /  /

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 10 ans)

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...)

**NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :**

\* DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement

# QUESTIONNAIRE PARENTAL PRÉALABLE À LA VISITE MÉDICALE

Docteur Hofmann Silvia

Nom et Prénom de l'élève :

Né(e) le :

Classe :  Formation préparée :

N° Sécurité Sociale de l'élève (**obligatoire, à demander à la CPAM si vous ne l'avez pas encore**)

N° téléphone Mère :      Père :

Nom du précédent établissement pour transfert du dossier médical :

## DEPUIS SA NAISSANCE, VOTRE ENFANT A-T-IL EU ?

|           | Non                      | Oui,<br>quand ? Actuellement ? |                               | Non                      | Oui,<br>quand ? Actuellement ? |
|-----------|--------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Asthme    | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>           | Eczéma                        | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>           |
| Épilepsie | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>           | Port de lunettes ou lentilles | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>           |
| Diabète   | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>           | Problème d'audition           | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>           |
| Allergie  | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>           | Autre                         | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>           |

A-t-il été hospitalisé ? Motifs et Dates

## PRATIQUE DU SPORT

A-t-il été dispensé de sport plus de 3 mois ?

Fait-il du sport en dehors du lycée ?  Combien d'heures ?

## A-T-IL EU UN ACCIDENT ?

| Où            | Quelle blessure ? Date ? |
|---------------|--------------------------|
| Voie publique | <input type="text"/>     |
| Atelier       | <input type="text"/>     |
| Sport         | <input type="text"/>     |
| Autres        | <input type="text"/>     |

Par la suite, y-a-t-il eu des complications ? Non  Oui

## ACTUELLEMENT VOTRE ENFANT :

Est-il sujet à des pertes de connaissance ? Non  Oui  à des malaises ? Non  Oui

Prend-il des médicaments ? Non  Oui  Lesquels ?

Consulte-t-il régulièrement un médecin ? Non  Oui

Nom du médecin traitant

Suit-il une rééducation ? Non

Oui  : Orthophonie  Psychomotricité  Orthoptie  Kinésithérapie

Est-il suivi par un psychologue ? Non  Oui  depuis combien de temps ?

A-t-il bénéficié d'aménagements aux examens ?

Avez-vous autre chose à signaler ?  (Utiliser le dos de cette feuille si besoin)

Date :  /  /  Signature des parents :

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de sa formation professionnelle, votre enfant mineur a effectué depuis son arrivée dans l'établissement des travaux réglementés nécessitant une dérogation de l'inspecteur du travail.

En vue de la reconduction de cette dérogation, je vous remercie de bien vouloir compléter le questionnaire de santé ci-dessous à remettre à l'infirmerie sous pli cacheté.

En l'absence de ce document, l'avis de reconduction ne pourra pas être délivré.

Nom et prénom de l'élève :

Date de naissance :

Classe :

Depuis la dernière visite médicale votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé ?

OUI  préciser lesquels :

NON

Suit-il un traitement ?

OUI  lequel :

NON

A-t-il eu un accident ?

OUI  lequel :

NON

A-t-il été hospitalisé ?

OUI  motif :

NON

Avez-vous d'autres informations à nous communiquer ?

Date et signature du représentant légal :





**CLASSE :**

**PHOTO**

**OBLIGATOIRE**

**Année scolaire :**

NOM de l'ÉLÈVE :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE (complète) :

VILLE :

CODE POSTAL :

Tél. domicile

**TEL. PORTABLE**  de l'élève :

**MAIL (obligatoire) @ :**

**RESPONSABLES LÉGAUX : À CONTACTER EN PRIORITÉ\***

1<sup>er</sup> responsable \* :  Mère  Père  Autre :

NOM :

PRÉNOM :

PROFESSION :

Tél. domicile :

; travail

**TEL. PORTABLE (obligatoire)**  :

**MAIL (obligatoire) @ :**

2<sup>nd</sup> responsable :  Mère  Père  Autre :

NOM :

PRÉNOM :

PROFESSION :

Tél. domicile :

; travail

**TEL. PORTABLE**  :

**MAIL @ :**