B"H

LYCEE BETH SARAH D'ANTIBES JUAN-LES-PINS

DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire 2025/2026

Nom : .....

Prénom : .....

Classe : .....

Identité de l'élève :

NOM : .....Prénoms : ….....

Date de naissance : ….../...../.....Commune : .....Département : .....

Pays de naissance : .....Nationalité : .....

Email de l'élève obligatoire (pas celui des responsables) : .....

Téléphone (obligatoire) : .....

Scolarité à venir (2025/2026) :

Classe : .....

Langue vivante A : ..... Langue vivante B : .....

□ Régime Externe □ ½ pensionnaire

Doublement : □ oui □ non Transport: □ Bus □ train □ Voiture

Scolarité année précédente (2024-2025) :

Nom de l'établissement : .....Adresse: .....

Ville : .....Code Postal : .....Téléphone : .....

Académie : .....Etablissement: □ Public □ Privé Classe : .....

Père :

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : .....Commune : .....Pays : ….....

Tel portable : .....Tel domicile : .....Tel Travail : .....

email (obligatoire) : .....

Situation emploi : .....Profession : .....

Nombre total d'enfants à charge : .....

Mère:

Nom :.....Prénom :..... Nom de jeune fille :.....

Adresse (si différente du père) :.....

Code postal : .....Commune : ….....Pays : .....

email (obligatoire) : .....

Situation d'emploi : .....Profession : .....

Nombre total d'enfants à charge : .....

Autre personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : .....Prénom : ….....

Adresse : .....

Code postal : .....Commune : .....

Informations complémentaires obligatoires :

N° Sécurité sociale : ..... Centre de : .....

N° Police d'assurance scolaire : .....

Adresse de la compagnie : .....

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 : …...../...../.....

Signatures des parents

Documents à fournir :

- 3 photos d'identité
- Photocopie du livret de famille des parents/enfants
- Justificatif de domicile

B"H

Lycée Beth Sarah d'Antibes Juan-les-pins

Fiche infirmerie

Nom:.....Prénom:.....

Classe:.....Né(e) le:...../...../..... à :.....

Nom et adresse du responsable légal:.....

….....

Nom et adresse du centre de sécurité sociale:.....

….....

Nom et adresse de l'assurance scolaire:.....

….....

En cas d'accident l'établissement scolaire s'efforce de prévenir la famille le plus rapidement possible.

N° de téléphone de la mère : ….....(perso)/ ….....(travail)

N° de téléphone du père : ….....(perso)/ …..... ….....(travail)

N° de téléphone d'une autre personne à prévenir en cas d'urgence :.....

En cas d'urgence l'élève est transporté par les services de secours vers l'hôpital le plus proche.

<u>Autorisation de traitement médical ou chirurgical :</u>

Je soussigné(e)....., agissant en qualité de responsable légal de ….....autorise l'administration du Lycée à prendre, en cas d'accident ou d'affection à évolution rapide toutes mesures d'urgence, tant chirurgicales que médicales, y compris éventuellement l'hospitalisation (l'établissement scolaire est rattaché au centre hospitalier d'Antibes).

A ….....le ……/...../.....,Signature :.....

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergie, traitement, maladie...) : ….....

….....

Nom et adresse du médecin traitant ….....

Téléphone :.....

DOCUMENT CONFIDENTIEL:

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention du médecin référent de l'établissement.