

Année scolaire 2018/2019

Dossier d'Inscription DTS IMRT

NOM : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PRENOM : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Aucun dossier ne sera accepté par courrier (voir calendrier inscription joint).

*Les informations que vous êtes tenus de fournir dans ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé d'informations nominatives.
La loi n° 78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés vous reconnaît un droit d'accès et de rectification pour les informations vous concernant que vous pouvez exercer soit auprès de votre établissement, soit auprès de votre rectorat d'académie.*

Nom :

Prénom :

Date De Naissance :

N° De Portable :

Adresse Email :

LISTE DES PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

Documents Obligatoires :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport en cours de validité, ou extrait d'acte de naissance
- Fiche de renseignements étudiants complétée et signée
- DOCUMENTS RELATIFS AUX VACCINATIONS**
- 2 photos d'identité récentes au format photomaton (3,5 x 4,5), avec au dos : nom, prénom et série dans laquelle vous entrez a la rentrée 2018
- Fiche d'urgence correctement remplie
- Copies des bulletins de terminales et notes obtenues au baccalauréat
- Autorisation droit a l'image

Si vous le souhaitez :

- Demande d'ouverture d'un compte restaurant
- Fiche d'adhésion a la maison des lycéens accompagnée d'un chèque de 5 euros a l'ordre de la maison des lycéens, et d'une photo d'identité, (indiquer au dos du chèque votre nom, prénom et classe).
- Participation à la caisse de solidarité en versant un chèque séparé d'un montant minimum de 5 euros a l'ordre de l'agent comptable du lycée la Martinière Duchère (indiquer au dos du cheque vos noms, prénoms et classe).
- Fiche confidentielle de renseignements médicaux

FICHE DE RENSEIGNEMENTS ETUDIANT

Identité de l'étudiant

I.N.E. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date d'entrée dans notre établissement : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

Nom : _____

Prénoms : _____

Sexe : M F

Né (e) le : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

Nationalité : _____

Lieu de naissance : Code Postal : |_|_|_|_|_|

Commune : _____

Adresse de l'étudiant :

Code Postal : |_|_|_|_|_|

Commune : _____

Pays _____

☎ domicile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

☎ portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

email : _____

@ _____

Scolarité de l'année en cours 2017 – 2018

Doublement (O ou N) : __

Régime :

Interne

Demi -pensionnaire

Externe

Scolarité de l'année précédente 2016 – 2017

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_|

Classe : _____

Responsable légal 1

Nom : _____

Prénoms : _____

Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____ Pays : _____

☎ domicile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| ☎ travail : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

☎ portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Email : _____ @ _____

Situation emploi (voir page suivante) : |_|_| Employeur : _____

Profession : _____ Code profession (voir page suivante) : |_|_|_|

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 (O ou N) : _

Responsable légal 2

Nom _____

Prénoms : _____

Lien de parenté : _____

Adresse : _____

Code Postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____ Pays : _____

☎ domicile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| ☎ travail : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

☎ portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Email : _____ @ _____

Situation emploi (voir page suivante) : |_|_| Employeur : _____

Profession : _____ Code profession (voir page suivante) : |_|_|_|

Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves (O ou N) : _

Personne à prévenir en cas d'urgence

Nom _____

Prénoms : _____

Lien de parenté : _____

☎ domicile : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| ☎ travail : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

☎ portable : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Je certifie l'exactitude des renseignements fournis

Date : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

Signature du père :
(éventuellement)

de la mère :
(éventuellement)

de l'étudiant(e)

NOM : _____
 Prénom : _____

**REGLEMENT INTERIEUR
 ET RELEVÉ DE NOTES DU
 BACCALAUREAT**

Le Règlement Intérieur du Lycée La Martinière Duchère vous sera remis à la rentrée par le professeur responsable de votre classe.

Vous devrez lui remettre une photocopie du relevé de notes de votre baccalauréat et présenter les originaux de vos bulletins de notes de première et de terminale.

Votre inscription ne sera définitive que lorsque vous aurez rendu le règlement intérieur signé et remis vos notes du baccalauréat.

CODIFICATION DES SITUATIONS EMPLOI

1 : Occupe un emploi 2 : Au Chômage 3 : Prêretraite, Retraite 4 : Sans activité, au foyer

CODIFICATION DES PROFESSIONS ET CATEGORIES SOCIALES

- | | |
|--|---|
| 10 – Agriculteurs
21 – Artisans
22 – Commerçants et assimilés
23 – Chefs d'Entreprises de 10 salariés ou plus
31 – Professions libérales
33 – Cadre de la fonction publique
34 – Professeurs et assimilés
35 – Profession de l'information, des arts et des spectacles
37 – Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises
38 – Ingénieurs et cadres techniques d'entreprises
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
52 – Employés civils et agents de service de la fonction publique
53 – Policiers et militaires
54 – Employés administratifs d'entreprises
55 – Employés de commerce
56 – Personnels des services directs aux particuliers
61 – Ouvriers qualifiés
66 – Ouvriers non qualifiés
69 – Ouvriers agricoles
71 – Retraités agriculteurs exploitants
72 – Retraité artisans, commerciaux et chefs d'entreprises
73 – Retraités cadres et professions intermédiaires
76 – Retraités employés et ouvriers
81 – Chômeurs n'ayant jamais travaillé
82 – Personnes sans activité professionnelle |
|--|---|

SCOLARITE ANTERIEURE SUIVIE

Année scolaire	Nom et adresse de l'Etablissement	Classe
2017/2018		
2016/2017		
2015/2016		
2014/2015		



Lycée d'enseignement général et technologique

LA MARTINIÈRE DUCHÈRE

300 avenue A. Sakharov - CP 417 - 69009 LYON

Tél. 04.72.17.29.50 - Fax : 04.78.35.42.00 -

ce.0690038s@ac-lyon.fr www.martiniere-duchere.fr

**VACCINATIONS ET EXAMENS MEDICAUX OBLIGATOIRES
POUR L'INSCRIPTION DES ETUDIANTS
EN BTS ABM OU DTS IMRT**

↳ Vaccinations OBLIGATOIRES des étudiants s'inscrivant en BTS ABM ou au DTS IMRT (à l'exclusion des vaccinations recommandées en population générale) :

- BCG
- Diphtérie Tétanos Polio
- Hépatite B
- Typhoïde

Pour information : le tubertest peut être fait et lu gratuitement au CDHS 2 rue de Marseille 69007 Lyon-métro D arrêt Guillotière - prendre RV au 04.72.73.12.76.

↳ Examens complémentaires OBLIGATOIRES pour les étudiants s'inscrivant en DTS IMRT :

- NFS récente (prélèvement sanguin sur ordonnance médicale)
- Attestation de Radiologie Pulmonaire récente.

L'attestation médicale ci-jointe doit être complétée par le médecin et donnée par l'étudiant au professeur responsable de la classe à la rentrée.

L'inscription ne sera effective que lorsque l'attestation sera validée par l'infirmière scolaire.

ATTESTATION MEDICALE OBLIGATOIRE

- A FAIRE REMPLIR ET SIGNER PAR VOTRE MEDECIN OU UN CENTRE DE VACCINATIONS
- A RENDRE AU PROFESSEUR PRINCIPAL LE JOUR DE LA RENTREE

Pour la poursuite d'études de l'étudiant(e) :

NOM :

PRENOM :

CLASSE :

En SECTION : **BTS ABM ou DTS IMRT**

Il doit **OBLIGATOIREMENT** être à jour des vaccinations suivantes :

Vaccins exigés	Date dernière vaccination
B.C.G. + IDR DE MOINS DE 6 MOIS (OBLIGATOIRE TOUS LES ANS)	- date BCG : - date de l'IDR :
DT POLIO Rappel tous les 5 ANS jusqu'à 20 ANS puis tous les 10 ans	- date dernier rappel :
HEPATITE B 2 injections à 1 mois d'intervalle - Rappel à 6 mois - 5 ans après : un test sérologique est indispensable pour vérifier la validité de la protection - si sérologie négative, obligation de revaccination	- date de la 1 ^{ère} injection : - date de la 2 ^{ème} injection : - date du rappel : - date de la sérologie + résultat - date de revaccination si sérologie nég.
TYPHYM Vi 1 injection Rappel tous les 3 ans	- date de l'injection - date dernier rappel :

Je soussigné, docteur certifie les dates de vaccinations conformes.

A LE CACHET ET SIGNATURE DU MEDECIN

FICHE D'URGENCE À L'INTENTION DES PARENTS*

NOM de l'élève : Prénom :

Date de Naissance : Classe:

NOM et Adresse des parents ou du responsable légal :

.....
.....

Adresse du centre de Sécurité sociale et numéro d'affiliation :

.....
.....

Adresse de l'assurance scolaire et numéro de contrat :

.....
.....

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. Numéro de téléphone du domicile :
2. Numéro de téléphone du travail du père : Poste :
3. Numéro de téléphone du travail de la mère : Poste :
4. NOM et numéro de téléphone 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.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :

(Pour être efficace, cette vaccination **nécessite un rappel tous les 5 ans**)

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

.....
.....

NOM, adresse et numéro 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

FICHE CONFIDENTIELLE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(à remettre, si vous le souhaitez, au chef d'établissement sous enveloppe cachetée
à l'attention du médecin et de l'infirmière scolaires)

Cette fiche est à compléter dans le cas où votre enfant est atteint de maladie chronique, de troubles de la santé évoluant sur une longue période et pour lesquels des aménagements de la scolarité et, en particulier, des soins ou prises de médicaments **pendant le temps scolaire** sont nécessaires.

A cet effet, un Projet d'Accueil Individualisé doit être mis au point avec le chef d'établissement, à votre demande et avec votre participation, en concertation avec le médecin scolaire ou de PMI et l'infirmière de l'établissement.

Enfant (Nom, Prénom) :

Classe :

Etablissement scolaire :

Coordonnées des parents ou représentants légaux :

Nom, Prénom :

N° tél : domicile : portable : travail :

Nom, Prénom :

N° tél : domicile : portable : travail :

Maladie dont est atteint votre enfant :

Joindre, **sous pli cacheté confidentiel pour le médecin scolaire**, les documents établis par votre médecin traitant :

- une ordonnance récente précisant les besoins thérapeutiques,
- un protocole d'urgence précisant les signes d'appel, les symptômes visibles, les mesures à prendre et les informations à donner aux médecins des services d'urgence dans le cas où la maladie évolue par crises ou par accès.

C'est à partir de ces éléments que le projet d'accueil individualisé sera rédigé par le médecin de l'établissement scolaire.

Pour mettre au point le Projet d'Accueil Individualisé **vous devez prendre contact** avec le chef d'établissement **ainsi** qu'avec le médecin ou l'infirmière scolaire **et convenir d'un rendez-vous**.

Sans réponse de votre part l'état de santé de votre enfant sera considéré comme ne relevant pas d'un projet d'accueil individualisé

Vu et pris connaissance le :

Le(s) représentant(s) légal (aux), (Nom, Prénom et signature).....

Demande d'autorisation

De reproduction et de représentation de Films, photographies

(Personne photographiée ou propriétaire)

Je soussigné(e).....
Demeurant.....
Code Postal. .Ville

Autorise : le lycée La Martinière Duchère - Avenue A. Sakharov 69009 - LYON

à photographier ou filmer et à utiliser l'image de :

nom et prénom de l'élève Classe

à des fins non commerciales;

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit du nom, j'autorise l'établissement à fixer, reproduire et communiquer dans le cadre pédagogique les photographies ou films pris dans le cadre de la présente.

Support concerné:

- Site internet, réseau numérique
- Support vidéo ou numérique (DVD, CD - rom)
- Exposition présentée dans ou hors du lycée
- Presse écrite
- Emission télévisée

Une communication de ces médias pourra être tenue à disposition des participants et un droit de rectification sera accessible auprès du Chef d'établissement.

En conséquence de quoi, je me reconnais être entièrement rempli de mes droits.

Fait à, le en deux exemplaires.

Signature :

Elève ou stagiaire majeur Responsable légal