



**LYCEE Armand DAVID**  
1, route des Missionnaires - 64240 HASPARREN  
**FICHE D' INSCRIPTION en BTS 2010/2011**



<b>ETUDIANT</b>			
Nom _____	Prénom _____	Sexe _____	Photo
Né(e) le _____	à _____	Dépt _____	
Adresse _____			
CP _____	Ville _____		
Tél/Port _____	E-Mail _____		
<b>CONTACTS</b>			
<i>(Si vous habitez chez vos parents ou un de vos parents)</i>		<i>(logement prévu)</i>	
<u>Parents</u>	<u>Père ou mère</u>	<u>Adresse pendant la scolarité</u>	
Nom _____	Nom _____	Nom _____	
Prénom _____	Prénom _____	Prénom _____	
Profession _____	Profession _____	Profession _____	
Adresse _____	Adresse _____	Adresse _____	
Cpost/Ville _____	Cpost/Ville _____	Cpost/Ville _____	
Tél Domicile _____	Tél Domicile _____	Tél Domicile _____	
Tél Portable _____	Tél Portable _____	Tél Portable _____	
Tél Profession _____	Tél Profession _____	Tél Profession _____	
E-mail _____	E-mail _____	E-mail _____	
<b>PAYEUR</b>			
Nom _____	Prénom _____	Père, mère, tuteur, autre....	
Règlement : <input type="checkbox"/> Prélè.mensuel <input type="checkbox"/> Prélev.trimest. <input type="checkbox"/> Autre(préciser) _____			
<b>ASSURANCE (scolaire et extra-scolaire)</b>	<b>BOURSE</b>		
Le Contrat de la Mutuelle St Christophe est proposé à tous (feuillet en annexe). La cotisation est comprise dans la Contribution des familles	<input type="checkbox"/> Je souhaite faire une demande de Bourse		
	<input type="checkbox"/> J'ai effectué une demande de Bourse		
<b>FORMATION DEMANDEE pour 2010 / 2011 * REGIME * LANGUE * OPTIONS</b>			
Régime : <input type="checkbox"/> Externat <input type="checkbox"/> Demi-pension <input type="checkbox"/> (Internat à voir pour cas exceptionnel : contacter l'établissement)			
Langue Viv 1: <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/> Anglais			
<b>RENSEIGNEMENTS MEDICAUX</b>			
Groupe sanguin _____	Nom du médecin de famille _____	Tél _____	
Antécédents (Maladies, opérations...) _____			
Traitements en cours _____			
Observations médicales, psychologiques _____			
Vaccins BCG + Tests _____		Rappels à prévoir _____	
<b>ATTESTATION d'ENGAGEMENT</b>			
Je, soussigné, ..... autorise le Lycée d'Enseignement Agricole Privé d'Hasparren à prendre toutes mesures d'urgence, si nécessaire, dans le cadre d'une hospitalisation (lieu souhaité, éventuellement : _____ ) à diriger l'élève (interne) vers le Centre Médical d'Hasparren, pour consultation  Signature			