LYCEE ARMAND DAVID

1, route des Missionnaires - 64240 HASPARREN

FICHE de RENSEIGNEMENTS ELEVE — **ANNEE 20 / 20**

Nom _____ Prénom _____ Sexe _____

Né(e) le _____ à _____ Dépt _____

Adresse _____

CP _____ Ville _____

Choix arrêt du bus :

Photo

RESPONSABLES

☐ Père et Mère ☐ Parents séparés ☐ Parent seul ☐ Autre (Tuteur, Administration…) :

Responsable principal (père, mère, tuteur…)	tre esponsable (père, mère, tuteur…	Autre contact
Nom	Nom	Nom
Prénom	Prénom	Prénom
Profession	Profession	Profession
Catég. prof	Catég. Prof	Catég. Prof
Adresse	Adresse	Adresse
Cpost/Ville	Cpost/Ville	Cpost/Ville
Tél Domicile	Tél Domicile	Tél Domicile
Tél Portable	Tél Portable	Tél Portable
E-maïl	E-maïl	E-maïl

PAYEUR

Nom _____ Prénom _____ Père, mère, tuteur, autre….

Règlement : ☐ Prélè.mensuel ☐ Prélev.trimest. ☐ Autre(préciser) _____

ASSURANCE (scolaire et extra-scolaire)

Le montant de la Contribution demandée aux familles (hors repas et logement) comprend la souscription de l'Assurance scolaire à la Mutuelle St Christophe.

BOURSE

☐ Je souhaite faire une demande de Bourse

☐ Je ne souhaite pas faire une demande de Bourse

FORMATION DEMANDEE * REGIME * LANGUE * OPTIONS

☐ Quatrième Technologique	☐ Troisième Technologique	☐ Classe PASSERELLE
☐ 2nde Prof Paysagiste (Bac 3 ans)	☐ 1ère BacPro Paysagiste (AP)	☐ Term BacPro Paysagiste (AP)
☐ 2nde Prof Conducteur (Bac 3 ans)	☐ 1ère BacPro AgroConducteur (AC	☐
☐ 2nde Générale et Techno.	☐ 1ère Bac Techno STAV	☐ Term Bac Techno STAV
	☐ 1ère BTS Aménagements Paysager	

Régime : ☐ Interne ☐ Demi-pensionnaire ☐ Externe (Pas d'Internat en 4ème et 3ème)

Langue Viv 1: ☐ Espagnol ☐ Anglais **Opti** ☐ Hippologie (2GT et STAV) ☐ Langue Basque

SCOLARITE PRECEDENTE (demander N° Identifiant national à l'établissement)

Dernier établissement fréquenté Nom _____

☐ Privé ☐ Public Adresse _____

CP _____ Ville _____ Tél _____

Classe suivie en 20 / 20 …… En 20 /20 …… N° Identifiant National ……

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Groupe sanguin _____ Nom du médecin de famille _____ Tél _____

Antécédents (Maladies, opérations…) _____

Traitements en cours _____

Observations médicales, psychologiques _____

Vaccins BCG + Tests _____ Rappels à prévoir _____

SIGNATURES

Je, soussigné, _____ ,(qualité) _____

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

Nous avons pris connaissance de la fiche d'informations générales, des modalités financières, du code de vie "règlement intérieur" du lycée Armand David, et nous en acceptons toutes les conditions

Signature de l'élève Date: Signature du responsable principal