



NOM – Prénom :

PHOTO
D'IDENTITÉ

DOSSIER D'INSCRIPTION



CLASSE DEMANDÉE* :

- 1^{ère} B.T.S.A. Productions Animales
 1^{ère} B.T.S.A. A.C.S.E.
 1^{ère} B.T.S.A. A.C.S.E par apprentissage

RÉGIME* : (Ext) Externe (I) Interne * (1/2 P) ½ Pensionnaire (I/E) Interne Externé[®]
([®] tous les repas au Lycée – chambre ou studio à l'extérieur)

* INTERNAT EN DORTOIR – se renseigner auprès du LEAP

* MERCI DE COCHER

LYCÉE D'ENSEIGNEMENT AGRICOLE PRIVÉ SAINT CYRAN
36700 SAINT CYRAN DU JAMBOT
TEL. 02.54.02.22.50 - FAX. 02.54.39.33.22
Site Internet : www.leapstcyran.fr
Email : st-cyran-du-jambot@cneap.fr

RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTUDIANT

NOM :	PRÉNOMS (dans l'ordre de l'état civil)
Date de naissance / ... / ... Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Lieu de naissance et département :
N° Portable :	Nationalité :

BOURSE DE L'ENSEIGNEMENT AGRICOLE

Faites-vous une demande de **BOURSE** ? OUI NON

Si oui, vous inscrire sur le site internet du CNOUS (<http://www.etudiant.gouv.fr>). DSE à faire entre le 15 janvier et le 31 mai 2021.

SITUATION DE FAMILLE : (entourer la case correspondante)

Célibataire	Marié(e)	Divorcé(e)	Veuf (ve)	Séparé(e)	Union libre
-------------	----------	------------	-----------	-----------	-------------

Père <input type="checkbox"/> ou Responsable légal <input type="checkbox"/> NOM : Prénom:..... Adresse..... CP : Commune : Téléphone domicile..... Téléphone portable..... Téléphone professionnel..... Adresse Email : Profession :.....	Mère <input type="checkbox"/> ou Responsable légal <input type="checkbox"/> NOM : Prénom:..... Adresse..... CP : Commune : Téléphone domicile..... Téléphone portable..... Téléphone professionnel..... Adresse Email : Profession
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

NOM et prénom des frères et sœurs à charge	Année de naissance	Établissement scolaire ou universitaire prévu à la rentrée	Niveau d'études

ADRESSE DE L'ÉTUDIANT :

 Code postal Commune :.....
 Email :.....
 N° de Téléphone :..... N° de portable :

ORIGINE SCOLAIRE

ANNÉE SCOLAIRE	Établissements fréquentés (nom + adresse)	CLASSE
2020-2021		
2019-2020		
2018-2019		

(* nous faire parvenir tous les diplômes ou relevés de notes obtenus aux examens)

IMPORTANT

En cas d'urgence, où peut-on vous contacter : lieu de travail, famille, voisin ?

Nom de la personne :

Téléphone.....

Nom de la personne :

Téléphone.....

ASSURANCES

RÉGIME DE SÉCURITÉ SOCIALE des parents Général Agricole Autre

Numéro d'affiliation et caisse dont vous dépendez :

MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE des parents

Numéro et nom de la
mutuelle.....

MUTUELLE COMPLÉMENTAIRE de l'élève ou de l'étudiant (majeur)

Numéro et nom de la
mutuelle.....

Numéro de **SÉCURITÉ SOCIALE de l'élève** si déjà immatriculé

(Immatriculation obligatoire dès la rentrée pour les étudiants)

RESPONSABILITÉ CIVILE DE L'ÉLÈVE

Organisme d'affiliation.....

N° de police :

FACTURE ET MODE DE RÈGLEMENT

Les factures sont établies par an.

Acompte d'inscription ou de réinscription

Un acompte de 150 € est exigible lors de la confirmation de l'inscription ou de la réinscription. Il sera déduit du relevé de la contribution des familles. Cet acompte sera remboursé en cas de désistement pour une cause réelle et sérieuse telle qu'un déménagement, le divorce des parents, le redoublement, une réorientation.

Règlement par prélèvement bancaire

Mensuel trimestriel

SIGNATURE DU RESPONSABLE LÉGAL

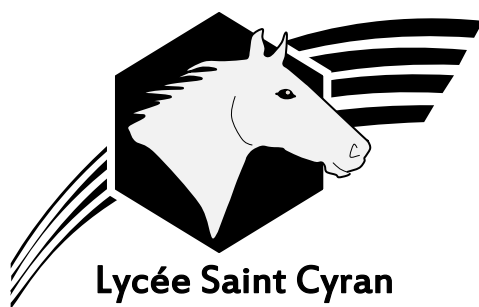
À Le 2021

Signatures précédées de la mention "lu et approuvé"

Les responsables légaux,

L'élève,

- ◆ Les renseignements demandés dans cette fiche sont obligatoires pour permettre l'inscription définitive de l'élève.
- ◆ Ces informations (à l'exception du n°INSEE) feront l'objet d'un traitement informatisé conforme à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique et aux libertés.
- ◆ Les renseignements collectés sont exclusivement destinés au secrétariat de l'établissement, aux organisations fédératives régionales et nationales des établissements privés, ainsi qu'aux services administratifs du Ministère de l'Agriculture et du Ministère de l'Education Nationale chargés des statistiques, des examens et des bourses.
- ◆ Toute demande de consultation ou de rectification des informations contenues dans cette fiche s'effectue, par courrier, auprès de la direction de l'établissement.



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche a été conçue pour recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant la scolarité de l'enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

I. ENFANT : NOM..... Prénom :
 Sexe : Garçon Fille Date de naissance :/...../.....

II. VACCINATIONS (Remplir à partir du carnet de santé, du carnet ou des certificats de vaccination de l'enfant ou joindre les photocopies des pages correspondantes du carnet de santé)

ANTIPOLIOMYELIQUE - ANTIDIPHTERIQUE - ANTITETANIQUE - ANTICOQUELUCHEUSE

Précisez s'il s'agit :	VACCINS PRATIQUES	DATES
du DT Polio		/ /
du DT Coq		/ /
du Trétacoq		/ /
d'une prise polio		/ /
RAPPELS		/ /
		/ /

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQUES	DATES
1 ^{er} VACCIN	/ /	VACCIN	/ /		/ /
REVACCINATION	/ /	1 ^{er} RAPPEL	/ /		/ /

SI L'ENFANT N'EST PAS VACCINÉ, POURQUOI ?.....

	NATURE	DATES
INJECTIONS DE SÉRUM		/ /
		/ /
		/ /

III. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes :

RUBÉOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	VARICELLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ANGINES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	RHUMATISMES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	SCARLATINE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OTITES NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ASTHME NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	OREILLONS NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>

INDIQUEZ ICI LES AUTRES DIFFICULTÉS DE SANTÉ EN PRÉCISANT LES DATES :

(Maladies, accidents, crises convulsives, allergies, hospitalisations, opérations rééducations)

	/ /
	/ /
	/ /

IV. RECOMMANDATIONS DES PARENTS :

.....
.....
.....

ACTUELLEMENT L'ENFANT SUIV-IL UN TRAITEMENT ? NON OUI

SI OUI, LEQUEL ?
SI L'ENFANT DOIT SUIVRE UN TRAITEMENT PENDANT SA SCOLARITÉ, N'OUBLIEZ PAS DE JOINDRE L'ORDONNANCE MÉDICALE.

V. RESPONSABLE DE L'ENFANT :

NOM : Prénoms :
.....
.....

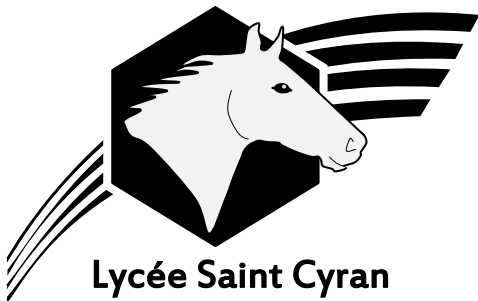
N° de SS : N° Tél. (domicile) : (Travail) :

Je soussigné, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le Lycée d'Enseignement Agricole Privé SAINT CYRAN à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Date : SIGNATURE :

OBSERVATIONS FAITES EN COURS DE SCOLARITÉ

Par le médecin (qui indiquera ses noms, adresse et n° de téléphone)
PAR LE RESPONSABLE DE LA SCOLARITÉ (qui indiquera ses noms et adresse)



Lycée Saint Cyran

ENQUÊTE STATISTIQUE

NOM :

Prénom :

Classe fréquentée ou demandée :

Âge :

Comment avez-vous connu le LYCÉE D'ENSEIGNEMENT AGRICOLE PRIVÉ SAINT CYRAN.? Veuillez cocher une ou plusieurs cases.

- Annuaire National de l'Enseignement Privé
- Annuaire ou site internet du C.N.E.A.P
- D.D.E.C (Direction Diocésaine)
- Centre d'Orientation (dans quelle ville).....
- Presse Régionale (laquelle).....
- Réunions dans votre établissement. Lequel ?.....
- Salon du cheval (PARIS)
- Forum (précisez le lieu) : ORLÉANS – TOURS – CHÂTEAUROUX..
- Élèves ou anciens élèves
- Membres de la profession agricole
- Employés de l'école
- Site internet du lycée
- Divers (précisez).....

Veillez classer, par ordre d'importance, les raisons qui vous ont fait choisir notre Lycée. (Inscrire 1 pour la raison primordiale, puis 2, 3, 4 et 5). (Ne mettez un chiffre que pour les raisons qui vous ont semblées valables), et au maximum 5 chiffres.

- | | | |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> École Privée | <input type="checkbox"/> Qualité de formation | <input type="checkbox"/> Résultats aux examens |
| <input type="checkbox"/> Activités culturelles | <input type="checkbox"/> Projet éducatif | <input type="checkbox"/> Moyens pédagogiques |
| <input type="checkbox"/> Ambiance au Lycée | <input type="checkbox"/> Éducation chrétienne | <input type="checkbox"/> Proximité |
| <input type="checkbox"/> Internat | <input type="checkbox"/> Site | <input type="checkbox"/> Profession agricole |
| <input type="checkbox"/> Anciens élèves | <input type="checkbox"/> Élèves | <input type="checkbox"/> Employés du Lycée |
| <input type="checkbox"/> Divers (précisez) | | |

AUTORISATION D'OPÉRER EN CAS D'URGENCE

Nous, soussignés responsables légaux de l'enfant,

Autorisons le LYCÉE d'ENSEIGNEMENT AGRICOLE PRIVÉ SAINT CYRAN à effectuer les démarches de **transfert à l'hôpital par un service d'urgence (Pompiers, SAMU)** pour que puisse être pratiquée, en cas d'urgence, toute hospitalisation, intervention chirurgicale, y compris une anesthésie, sur notre enfant

Coordonnées des responsables légaux :

Père - n° du domicile :..... n° de portable :..... n° du travail :.....

Mère – n° du domicile :..... n° de portable :..... n° du travail :.....

Tuteur - n° du domicile :..... n° de portable :..... n° du travail :.....

Fait à, le

Signature des responsables légaux,

TRANSPORTS SCOLAIRES

Le LYCÉE D'ENSEIGNEMENT AGRICOLE PRIVÉ SAINT CYRAN propose des transports scolaires hebdomadaires

- VERS CHÂTEAUROUX ET ST-PIERRE-DES-CORPS (GARE ROUTIÈRE)
- Arrivée en Gare le vendredi soir (CHÂTEAUROUX ET ST-PIERRE-DES-CORPS) : vers 16h30
≈ 16h45
- Départ en Gare le lundi matin CHÂTEAUROUX à 9h10 – ST-PIERRE-DES-CORPS A 9H50

Mme – M. :parents de

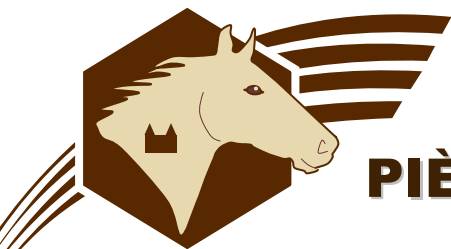
souhaitent bénéficier du transport scolaire : OUI - NON (1)

VERS SAINT-PIERRE-DES-CORPS - CHÂTEAUROUX (1)

Fait à le

Signature des parents,

(1) rayer les mentions inutiles



Lycée Saint Cyran

PIÈCES À JOINDRE POUR

LA CONSTITUTION DU DOSSIER

À Compléter :

- Dossier de demande d'admission (Feuille double A3)
- Autorisation d'opérer en cas d'urgence
- Les transports scolaires
- La fiche sanitaire de liaison
- L'enquête statistique

À joindre au dossier :

- Lettre de motivation manuscrite
- Photocopie du livret de famille (pages : parents + enfant) ou extrait d'acte de naissance certifiée conforme - photocopie de la carte d'identité. Pour les parents séparés : copie du jugement de séparation ou de divorce.
- 2 photos d'identité de l'élève portant au dos son NOM et sa classe (format minimum de 4x3cm) dont 1 à coller en 1^{ère} page du dossier d'inscription.
- Photocopies des bulletins trimestriels des 2 années écoulées (2020-2021 ; 2019-2020)
- Photocopies du carnet de vaccinations
- 8 enveloppes DL (commerciales) affranchies au tarif lettre pour envoi de moins de 20 g sans adresse,
- 6 enveloppes DL avec fenêtre affranchies au tarif lettre pour envoi de moins de 20 g sans adresse,
- 1 enveloppe C4 (229x324mm) affranchies au tarif lettre pour envoi de 250 g.
- photocopie de la licence d'équitation 2021.
- Versements des frais de dossier de 80€ à l'ordre du LEAP SAINT CYRAN.

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA MIS SUR LISTE D'ATTENTE

Pièces à fournir dès la fin de l'année scolaire en cours (soit fin juin 2021) :

- Décision d'orientation du Conseil de classe et bulletin trimestriel du 3^{ème} trimestre
- Photocopie du relevé de notes au Baccalauréat
- Certificat de radiation ou exeat.
- Certificat médical en cas de dispense de sport ou d'équitation

Remarques : Les dossiers de demandes de bourses nationales du Ministère de l'Agriculture vous seront adressés courant juillet.

Les frais de dossier ne seront pas récupérables (même si votre enfant n'est pas accepté au sein de l'établissement), cette somme servira à couvrir les frais de dossier engagés.