



Lycée Saint Cyran

NOM - Prénom :

PHOTO  
D'IDENTITÉ

# DOSSIER D'INSCRIPTION



**CLASSE DEMANDÉE\* :**

- 1<sup>re</sup> B.T.S.A. Productions Animales  
 1<sup>re</sup> B.T.S.A. A.C.S.E.  
 1<sup>re</sup> B.T.S.A. A.C.S.E par apprentissage

**RÉGIME\* :**  (Ext) Externe  (I) Interne \*  (1/2 P) ½ Pensionnaire  (I/E) Interne Externé<sup>®</sup>  
(<sup>®</sup> 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 : <https://leapstcyran.fr/>  
Email : [st-cyran-du-jambot@cneap.fr](mailto:st-cyran-du-jambot@cneap.fr)

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTUDIANT

<b>NOM :</b> .....	<b>PRÉNOMS</b> (dans l'ordre de l'état civil) .....
Date de naissance .... / ... / ... Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Lieu de naissance et département :
<b>N° Portable :</b> Email :	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 2025.

### SITUATION DE FAMILLE :

(entourer la case correspondante – hiérarchiser la priorité des contacts pour les appels et envois d'EMAIL- exemple père n°1 – mère n°2)

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

<b>Parent n°1</b> <input type="checkbox"/> ou Responsable légal NOM : ..... Prénom:..... Adresse..... CP : ..... Commune : ..... Téléphone domicile..... Téléphone portable..... Téléphone professionnel..... Adresse Email : ..... Profession : .....	<b>Parent n°2</b> <input type="checkbox"/> ou Responsable légal 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
2024-2025		
2023-2024		
2022-2023		

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

## Dossier MDPH- GEVASCO – PAI – PAP – PPS...

**Votre enfant bénéficie-t-il de l'un des aménagements suivants :**

- Notification MDPH avec
  - Aide humaine mutualisée,
  - Aide humaine individualisée,
  - Besoin de matériel pédagogique,
  - Transport adapté
  
- GEVASCO (Guide d'évaluation des besoins de compensation en matière de scolarisation).
- PAI (Projet Accueil Individualisé)
- PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé).
- PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation).
- PPRE (Programme Personnalisé de Réussite Éducative).

*(Merci de nous en faire parvenir une copie.)*

## ASSURANCES

**RÉGIME DE SÉCURITE 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 OBLIGATOIRE (couvre les dommages causés ou subis par votre enfant)**

Organisme d'affiliation.....

N° de police : .....

## 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.....

## 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*

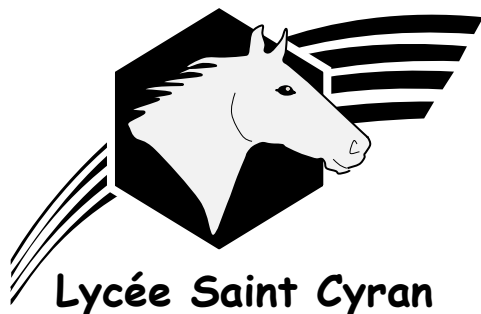
À ..... Le ..... 2025

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

Lycée Saint Cyran

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		/ /
<b>RAPPELS</b>		/ /
		/ /

ANTITUBERCULEUSE (BCG)		ANTIVARIOLIQUE		AUTRES VACCINS	
	DATES		DATES	VACCINS PRATIQUES	DATES
1 <sup>er</sup> VACCIN	/ /	VACCIN	/ /		/ /
REVACCINATION	/ /	1 <sup>er</sup> 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 :

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

---

---

---

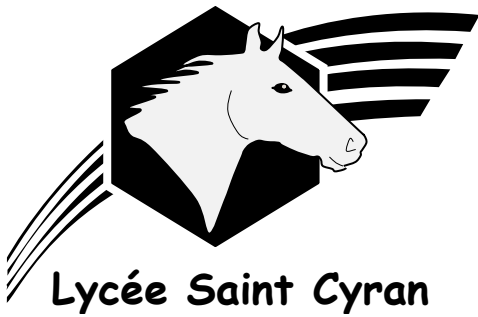
---

---

---

---

---



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 ANGERS – BORDEAUX
- Salon de l'Agriculture 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).....

Veuillez 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 16h45
- Départ en Gare le lundi matin CHÂTEAUROUX à 10h10 – ST-PIERRE-DES-CORPS A 10h10

Mme – M. : .....parents de .....

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

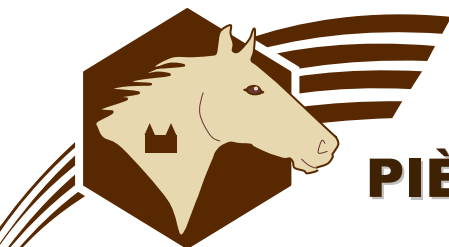
VERS SAINT-PIERRE-DES-CORPS - CHÂTEAUROUX (1)

Fait à ..... le .....

Signature des parents,

(1) rayer les mentions inutiles





# PIÈCES À JOINDRE POUR

Lycée Saint Cyrán

# 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<sup>ère</sup> page du dossier d'inscription.
- Photocopies des bulletins trimestriels des 2 années écoulées (2023-2024 ;2024/2025)
- Photocopies du carnet de vaccinations
- Si nécessaire joindre une copie de la notification MDPH – PAI – PAP – PPS -GEVASCO...
- 5 enveloppes DL (commerciales) affranchies au tarif lettre pour envoi de moins de 20 g sans adresse,
- 3 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 2025.
- Versements des frais de dossier de 100€ 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 2025) :

- Décision d'orientation du Conseil de classe et bulletin trimestriel du 3<sup>ème</sup> 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 sont à effectuer sur le site du CROUS du 15 janvier au 31 mai 2025.**

**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.**