

ANNEE SCOLAIRE 2025/2026
FICHE D'INFORMATIONS ETUDIANT.

A rendre OBLIGATOIREMENT. INDISPENSABLE dans le dossier de l'étudiant.

NOM de l'étudiant : _____ **Prénom :** _____

Classes : 1SCI 1SCOM 1SSIO 1SMCO 1SCCST 1SOL
 2SCI 2SCOM 2SIO 2SMCO 2SCCST 2SOL

INFORMATIONS DIVERSES CONCERNANT L'ETUDIANT

Adresse e-mail.		
Numéro téléphone portable personnel		
Véhicule si l'étudiant souhaite le stationner au sein du lycée	N° immatriculation :	
	Marque :	
Adresse du logement de l'étudiant si celui-ci est différent de celle de la famille.	Rue :	
	Code postal :	Ville :

DROIT A L'IMAGE

- AUTORISE
 N'AUTORISE PAS

La publication de son image sur les supports de communication du groupe scolaire ST LOUIS-LA PAIX (site internet, plaquettes de présentation, presse, supports de communication de l'enseignement catholique)

FICHE D'URGENCE MEDICALE 2025/2026

A rendre OBLIGATOIREMENT. INDISPENSABLE dans le dossier de l'étudiant.

NOM de l'étudiant : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____

I - PARTIE A REMPLIR UNIQUEMENT POUR LES ETUDIANTS MINEURS

Je soussigné(e) Mme, M.* _____

Parents Demeurant à _____

Code postal : _____ Ville _____

*Rayez la mention inutile

N° de téléphone PARENTS	N° de téléphone professionnel	Autres numéros en cas d'urgence

AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Agissant en qualité de père, mère, responsable légal* de l'étudiant :

Autorise en cas d'extrême urgence, le Chef d'établissement ou son représentant mandaté du lycée Notre Dame de la Paix à prendre, le cas échéant, toutes mesures pour une hospitalisation afin d'y recevoir les soins que nécessite son état.

En particulier, j'autorise expressément toute intervention chirurgicale qui s'avérerait nécessaire après avis des autorités médicales.

Cependant, dans la mesure du possible, je souhaiterais que mon enfant soit admis à l'hôpital ou à la clinique suivante :

Nom : _____ Adresse : _____

PARTIE A REMPLIR POUR TOUS LES ETUDIANTS

ATTENTION N° de S.S de l'étudiant, important pour les déclarations à la CPAM (cf. carte VITALE)	
Médecin traitant de la famille	Nom : _____ Prénom : _____
	Adresse : _____
	Téléphone : _____
Groupe sanguin de l'élève ou étudiant	
Allergie(s) éventuelle(s) Problèmes médicaux particuliers	
IMPORTANT Précisez si un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) ou un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) a été mis en place l'année précédente	<u>Pour les nouveaux inscrits :</u> Copie du dossier à adresser au secrétariat à la rentrée.

Fait à : _____ le / /

Signature(s) OBLIGATOIRE(s)

Signatures des responsables légaux
(précédée de la mention « lu et approuvé »)

Signature de l'étudiant
(précédée de la mention « lu et approuvé »)