

Le Proviseur

A

Mesdames et Messieurs les parents  
d'élèves

Reims, le 17 mai 2017

**Objet : inscription en classe de seconde – année scolaire 2017-2018**

Madame, Monsieur,

Votre enfant a été affecté au lycée Roosevelt en classe de seconde pour la rentrée prochaine.  
Je vous invite à vous rendre au lycée, service VIE SCOLAIRE, selon la date et les horaires qui figurent ci-dessous afin de procéder à son inscription.

**Mardi 04 juillet de 08h30 à 11h30** pour les élèves dont le nom commence par A à C

**Mardi 04 juillet de 13h30 à 16h00** pour les élèves dont le nom commence par D à G

**Mercredi 05 juillet de 08h30 à 11h30** pour les élèves dont le nom commence par H à L

**Jeudi 06 juillet de 08h30 à 11h30** pour les élèves dont le nom commence par M à P

**Jeudi 06 juillet de 13h30 à 16h30** pour les élèves dont le nom commence par R à Z

**Pièces à apporter obligatoirement en présence d'au moins un responsable légal :**

- Une photocopie du livret de famille concernant les parents et l'élève à inscrire,
- Photocopies du carnet de santé de l'élève (vaccinations), fiche infirmerie complétée,
- Photocopies des bulletins de notes (année scolaire 2016-2017),
- Carte Lycéo si vous en possédez une,
- Un relevé d'identité bancaire pour virement de bourses et/ou remboursement de trop perçu (sortie, restauration...),
- Photocopie de l'attestation de recensement pour les élèves âgés de 16 ans et plus,
- La fiche de d'inscription complétée. Elle est téléchargeable à partir de la page d'accueil du site ***lycee.roosevelt.fr***
- La fiche secrétariat
- La fiche infirmerie

Les informations concernant les horaires de rentrée seront disponibles sur le site internet ***lycee-roosevelt.fr*** à partir du 15 juillet.

Une réunion d'information sera organisée à votre attention le :

**vendredi 15 septembre à 18h15**  
à l'amphithéâtre du lycée

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations dévouées.

Le Proviseur,



Thierry Reibel

## FICHE D'INSCRIPTION EN SECONDE

NOM et Prénom de l'élève: .....Sexe: .....

@ Courriel élève : ..... ① Portable : .....

Classe fréquentée en 2016-2017 : ..... Etablissement : .....

Cette fiche devra être soigneusement complétée et rapportée aux Conseillers Principaux d'Education qui enregistreront l'inscription et vous donneront toutes les informations nécessaires pour la rentrée.

### Calendrier à respecter :

<b>Nom commençant par A à C</b>	Mardi 4 juillet de 08h30 à 11h30
<b>Nom commençant par D à G</b>	Mardi 4 juillet de 13h30 à 16h00
<b>Nom commençant par H à L</b>	Mercredi 5 juillet de 08h30 à 11h30
<b>Nom commençant par M à P</b>	Jeudi 6 juillet de 08h30 à 11h30
<b>Nom commençant par R à Z</b>	Jeudi 6 juillet de 13h30 à 16h00

### QUALITE DEMANDEE : (entourer)

INTERNE GARÇON

INTERNE FILLE

DEMI-PENSIONNAIRE

EXTERNE

### I - LANGUES VIVANTES ETUDIEES PAR L'ELEVE EN 2016-2017 (entourer les 2 LV concernées)

ANGLAIS

ALLEMAND

ESPAGNOL

AUTRE : CNED

### II - ENSEIGNEMENT D'EXPLORATION 1 :

(à classer par ordre de priorité : 1-2)

Principes Fondamentaux de l'Economie et de la Gestion (PFEG)	
Sciences Economiques et Sociale (SES)	

### III ENSEIGNEMENT D'EXPLORATION N° 2 :

(à classer par ordre de priorité : exprimer 3 vœux : 1-2-3)

Méthodes et Pratique Scientifiques	
Littérature et Société	
Sciences de l'Ingénieur – <b>section EURO</b>	
Création et Innovation Technologiques	
Sciences et Laboratoire	
Sciences de l'Ingénieur	

### IV - OPTION FACULTATIVE (entourer)

ou

Théâtre

OUI

NON

Art Danse

OUI

NON

**Prévoir : Cours jusqu'à 19h00 1 fois par semaine + participation à des spectacles en soirée**

**↳ Tout choix exprimé, obligatoire ou facultatif, vaut pour l'année scolaire complète, sans modification**

### V - PHOTOGRAPHIES SCOLAIRES (entourer)

J'autorise les photographies de groupe (ventes des photos de classe)

OUI - NON

J'autorise les photographies individuelles (utilisation interne : carte cantine, base élèves)

OUI - NON

Signature du responsable légal :

# FICHE SECRETARIAT 2017-2018

(Uniquement pour les nouveaux élèves)

IDENTITE DE L'ELEVE		
NOM :		
Prénoms :	Sexe :	
Né(e) le :	à	
Nationalité :	Numéro national :	
@ Courriel :	① Portable :	
SCOLARITE DE L'ANNEE SCOLAIRE 2016-2017		
Classe :		
Etablissement :		
Commune :		
RESPONSABLE LEGAL 1		
Nom :		
Prénoms :		
Adresse :		
		Code Postal :
Commune :	Pays :	
① Domicile :	① Travail :	① Portable :
@ Courriel :		
Profession :		
RESPONSABLE LEGAL 2		
Nom :		
Prénoms :		
Adresse :		
		Code Postal :
Commune :	Pays :	
① Domicile :	① Travail :	① Portable :
@ Courriel :		
Profession :		
RESPONSABLE FINANCIER		
Nom :		
Prénoms :		
Adresse :		
		Code Postal :
Commune :	Pays :	
① Domicile :	① Travail :	① Portable :

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'élève  
(majeur ou mineur)

NOM, QUALITE, SIGNATURE DU REPRESENTANT LEGAL DE L'ELEVE  
(même pour les élèves majeurs)

## FICHE D'INFIRMERIE

NOM..... Classe.....

Prénom.....  Interne

Date et lieu de naissance.....  Interne externé

A.....  Demi-pensionnaire

Externe

Adresse.....

Nom et ville du dernier établissement fréquenté :.....

N° de Portable de l'élève .....

### **PARENTS ou RESPONSABLE**

<b>PERE</b>	<b>MERE</b>
NOM.....	NOM.....
Prénom.....	Prénom.....
Adresse.....	Adresse.....
.....	.....
Commune.....	Commune.....
Code Postal.....	Code Postal.....
Tél. domicile.....	Tél. domicile.....
Tél. Port.....	Tél. Port.....
Profession.....	Profession.....
Tél. employeur.....	Tél. employeur.....

### **CORRESPONDANT(S) à PREVENIR en cas d'absence des parents ou pour étudiants étrangers :**

NOM.....

Adresse .....

Téléphone.....

### **AUTORISATION PARENTALE D'INTERVENTION CHIRURGICALE**

Nous, soussignés, .....responsables de l'élève..... autorisons son anesthésie au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A....., le.....

SIGNATURES

## FICHE D'INFIRMERIE

### **PARTIE CONFIDENTIELLE**

N° d'Immatriculation à la Sécurité Sociale :.....

Du responsable légal

De l'élève, de l'étudiant

(si interne, nécessité d'avoir sa carte VITALE et/ou l'attestation de la Mutuelle sur soi).

Assurance scolaire :  oui  non

#### **Médecin traitant**

NOM.....

Adresse .....

#### **Vaccination**

Date du dernier rappel Diphtérie Tétanos Polio (DTP) :.....

Date de vaccination de la Rougeole : 1<sup>ère</sup> INJECTION:.....

Rappel :.....

#### **Antécédents médicaux/chirurgicaux :**

(en cas de maladie particulière ou d'antécédents graves, ou si vous souhaitez communiquer d'autres renseignements, contacter les infirmiers(e)s au : **03.26.86.70.90** – Poste 337)

◆ allergies (alimentaires, médicamenteuses, autres) :  
.....

◆ Asthme : .....

◆ Autres : .....

Aménagement de scolarité et ou d'examen :  oui  non

**Si oui, prendre contact avec l'infirmerie dans les quinze premiers jours .**

Traitement médical permanent :  oui  non

Si oui, lequel : .....

**RECOMMANDATIONS :** *Tous les médicaments remis à l'élève par la famille pour suivre un traitement au Lycée, ainsi que la copie des ordonnances médicales, doivent être déposés à l'infirmerie.*

#### **Pour les internes mineurs uniquement :**

Nous soussignés

-Autorisons - n'autorisons pas (rayer la mention inutile)

Notre fils (fille) à se rendre par ses propres moyens dans la journée chez le médecin d'internat.

A....., le.....

Signatures des parents ou responsables légaux