



Montluçon, le 17 juin 2024

Madame le Proviseur
Lycée Madame de Staël
BP 1147
03103 MONTLUÇON

**aux étudiants souhaitant intégrer une
2^{ème} année de CPGE**



MINISTÈRE DE
L'ÉDUCATION NATIONALE

MINISTÈRE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Les Conseillers
Principaux
d'Éducation

Téléphone
☎ 04 70 09 79 00

Courriel

Adresse
Lycée Mme de Staël
BP 1147
03103 MONTLUÇON
CEDEX

Objet : Inscription en CPGE 2^{ème} année

Madame, Monsieur,

La direction et l'équipe pédagogique du lycée Madame de Staël ont donné une suite favorable à votre candidature et nous vous en félicitons.

Je vous prie de trouver ci-joint le dossier d'inscription en 2^{ème} année de CPGE, qui sera à remettre, complété, sur place, le :

samedi 29 juin 2024 de 9h00 à 13h00

Les documents suivants sont à joindre au dossier :

- La fiche de renseignements ;
- La fiche intendance
- la fiche d'urgence médicale et la fiche confidentielle ;
- la fiche pédagogique ;
- un chèque de 60 €, à l'ordre de « l'Agent comptable du lycée Mme de Staël » (frais de reprographie)
- un relevé d'identité bancaire ou postal (RIB) (*sauf pour les externes non boursiers*) ;
- une photo récente avec vos nom et prénom au verso ;
- un chèque de 10 € à l'ordre de la « Maison des lycéens » (*facultatif*) avec vos nom et prénom au verso.

En cas d'impossibilité, veuillez contacter par mail les CPE :

00300251@ac-clermont.fr

Les dossiers incomplets ne seront pas traités et l'inscription sera ainsi repoussée à une date ultérieure. Merci de votre compréhension.

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

La Proviseure,
Béatrice DUFOUR

FICHE DE RENSEIGNEMENTS (à compléter recto-verso)

Formation : Classe :

Les champs suivis d'un astérisque () comportent des précisions utiles pour remplir la fiche*

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom de famille * : Sexe : F M

Nom d'usage * : Né(e) le * : / /

Prénom 1 * : Prénom 2 : Prénom 3 :

Commune de naissance : Département de naissance * :

Pays de naissance : Nationalité :

Nom de famille : nom de naissance, obligatoire

Nom d'usage : uniquement pour le nom d'époux/épouse

Prénoms : dans l'ordre de l'état civil

Né(e) le : sous la forme JJ/MM/AAAA

Département de naissance : code département sous la forme XXX (ex. : 075 pour Paris) pour les élèves nés en France

REPRESENTANT LEGAL *

A contacter en priorité :

Lien avec l'élève * : Civilité : Mme M.

Nom de famille :

Nom d'usage : Prénom :

Profession ou catégorie socio-professionnelle : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir page 2)

Adresse :

Code postal : Commune :

Pays : @ Courriel :

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves :

 domicile :   travail :

 mobile : J'accepte de recevoir des SMS :

Le représentant légal détient l'autorité parentale sur l'élève mineur soit par nature (parents), soit sur décision de justice. Il peut accomplir tous les actes relatifs à la scolarité de l'élève.

Le lien avec l'élève est à choisir parmi : mère, père, ascendant (grand-parent), fratrie (sœur, frère), autre membre de la famille (oncle, tante, cousin, etc.), tuteur, élève lui-même (pour les élèves majeurs), Aide Sociale à l'Enfance, éducateur, assistant familial, autre lien (ex. : beau-parent)

REPRESENTANT LEGAL *

A contacter en priorité :

Lien avec l'élève * : Civilité : Mme M.

Nom de famille :

Nom d'usage : Prénom :

Profession ou catégorie socio-professionnelle : (pour déterminer le code correspondant à votre situation, voir page 2)

Adresse :

Code postal : Commune :

Pays : @ Courriel :

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves :

 domicile :   travail :

 mobile : J'accepte de recevoir des SMS :

PERSONNE AYANT LA CHARGE EFFECTIVE DE L'ELEVE *A contacter en priorité : Lien avec l'élève * : Civilité : Mme M.

Nom de famille :

Nom d'usage : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Pays : @ Courriel :

 domicile :  travail : mobile : J'accepte de recevoir des SMS :

La *personne en charge* lorsqu'elle existe, est différente des représentants légaux de la page précédente : elle n'a pas l'autorité parentale sur l'élève mineur, elle héberge l'élève sur décision de justice ou avec l'accord des parents, et elle est responsable de l'obligation scolaire.
Le *lien avec l'élève* est à choisir parmi : mère, père, ascendant (grand-parent), fratrie (sœur, frère), autre membre de la famille (oncle, tante, cousin, etc.), tuteur, élève lui-même (pour les élèves majeurs), Aide Sociale à l'Enfance, éducateur, assistant familial, autre lien (ex. : beau-parent)

COORDONNEES DE L'ELEVE L'élève habite chez * : Possède sa propre adresse * :

Code postal : Commune :

Pays : @ Courriel :

 domicile :  travail : mobile :

L'*élève habite chez* : n'indiquer qu'un seul responsable parmi les représentants légaux ou la personne en charge, même dans le cas où l'élève habite chez ses deux parents, ensemble ou séparément.
L'*élève possède sa propre adresse* : dans ce cas uniquement, remplir les champs *adresse, code postal, commune et pays*.

AUTRE PERSONNE A CONTACTERLien avec l'élève * : Civilité : Mme M.

Nom de famille :

Nom d'usage : Prénom :

 domicile :  travail : mobile : J'accepte de recevoir des SMS :

Le *lien avec l'élève* est à choisir parmi : mère, père, ascendant (grand-parent), fratrie (sœur, frère), autre membre de la famille (oncle, tante, cousin, etc.), tuteur, élève lui-même (pour les élèves majeurs), Aide Sociale à l'Enfance, éducateur, assistant familial, autre lien (ex. : beau-parent)

Je certifie l'exactitude des informations renseignées ci-dessus.

Date : / /

Signature :

FICHE INTENDANCE (à compléter recto-verso)

IDENTITE DE L'ELEVE	INE :
Nom de famille :	Sexe : F M
Nom d'usage :	Né(e) le : / /
Prénoms :	
Commune de naissance :	Département de naissance :
Pays de naissance :	Nationalité :

COORDONNEES DE L'ELEVE	
<input type="checkbox"/> L'élève habite chez :
<input type="checkbox"/> Possède sa propre adresse :
Code postal :	Commune :
Pays :	@ Courriel :
☎ domicile :	☎ travail :
☎ mobile :	

SCOLARITES				Date d'entrée dans l'établissement :		
Année scolaire	MEF	Division	Date début	Date fin	Etablissement	Commune

Régime demandé :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Externe | <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire 5 jours |
| <input type="checkbox"/> Interne – Externe (3 repas sans la nuit) | <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire 4 jours (sans Mercredi) |

Restauration :	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Déjeuner							
Dîner							

Bourse principale :	Echelon / parts :
Autre bourse :	Echelon / parts :

MERCI DE TOURNER LA PAGE SVP ←

REPRESENTANT LEGALPaiement des frais scolaires : Perçoit les aides : Lien avec l'élève : Civilité : Mme M.

Nom de famille : Prénom :

Nom d'usage :

PCS :

Adresse :

Code postal : Commune : Pays :

@ Courriel : A contacter en priorité :

☎ domicile : ☎ travail :

☎ mobile : J'accepte de recevoir des SMS :

IBAN : Titulaire du compte :

BIC : Domiciliation bancaire :

REPRESENTANT LEGALPaiement des frais scolaires : Perçoit les aides : Lien avec l'élève : Civilité : Mme M.

Nom de famille : Prénom :

Nom d'usage :

PCS :

Adresse :

Code postal : Commune : Pays :

@ Courriel : A contacter en priorité :

☎ domicile : ☎ travail :

☎ mobile : J'accepte de recevoir des SMS :

IBAN : Titulaire du compte :

BIC : Domiciliation bancaire :

PERSONNE EN CHARGEPaiement des frais scolaires : A contacter en priorité : Lien avec l'élève : Civilité : Mme M.

Nom de famille :

Nom d'usage : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Pays : @ Courriel :

☎ domicile : ☎ travail :

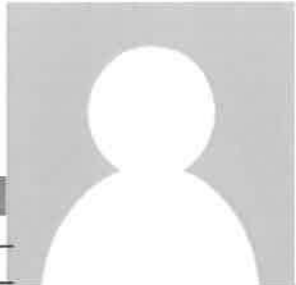
☎ mobile : J'accepte de recevoir des SMS :

IBAN : Titulaire du compte :

BIC : Domiciliation bancaire :

RNE établissement : 0030025L

Année scolaire



Fiche d'urgence

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire

Identité de l'élève

Nom : _____
 Prénoms : _____
 Numéro national : _____ Sexe (M ou F) : _____
 Né(e) le : _____ à _____
 Nationalité : _____

Scolarité de l'année en cours

MEF : _____ Division : _____
 Régime : _____ Date entrée : _____

Scolarité de l'année précédente

MEF : _____
 Etablissement : _____
 Commune : _____
 Date de fin de scolarité dans l'établissement : _____

Représentant légal

Nom : _____ Responsable à contacter en priorité (O ou N) : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____
 Commune : _____
 Pays : _____
 ☎ dom. : _____ ☎ travail : _____ ☎ portable : _____

Représentant légal

Nom : _____ Responsable à contacter en priorité (O ou N) : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____
 Code postal : _____
 Commune : _____
 Pays : _____
 ☎ dom. : _____ ☎ travail : _____ ☎ portable : _____

Personne à contacter

Nom : _____
 Prénom : _____
 ☎ dom. : _____ ☎ travail : _____ ☎ portable : _____

Autres renseignements

N° et adresse du centre de sécurité sociale : _____
 N° et adresse de l'assurance scolaire : _____

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou, pour les élèves internes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur de l'établissement.

Informations complémentaires

Date du dernier rappel antitétanique : _____
 Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) : _____ (poursuivre au verso si besoin)
 NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : _____

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

FICHE DE SANTE CONFIDENTIELLE

A remettre sous pli cacheté avec la photocopie des vaccinations à l'attention du personnel infirmier

Année scolaire : 202.... / 202...

Classe :

NOM et Prénom de l'élève:

Date de naissance :

Adresse :

N° de portable (élève majeur) :

REPRESENTANTS LEGAUX :

NOM - Prénom :

Adresse (si différente) :

domicile

portable :

travail :

mail :

NOM - Prénom :

Adresse (si différente) :

domicile

portable :

travail :

mail :

Votre enfant est-il porteur d'une pathologie chronique : oui non

Laquelle :

Votre enfant présente-t-il des allergies ? oui non

- Alimentaires : oui non

- Médicamenteuses : oui non

- Autres allergies : oui non

Devra-t-il prendre un traitement sur le temps scolaire : oui non

(Le personnel de santé vous contactera si besoin).

Rappel important du règlement intérieur : Pour toute prise de traitement pendant le temps de présence dans l'établissement scolaire, les médicaments et un double de la prescription médicale seront déposés auprès des infirmiers .

Votre enfant bénéficie-t-il et/ou souhaitez-vous qu'il bénéficie d'un PAI : oui non

Un élève atteint de troubles de la santé, physiques ou psychiques, évoluant sur une longue période, peut bénéficier d'un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)** qui permet d'aménager sa scolarité au plus près de ses besoins, dans le respect de la confidentialité, (traitements ou soins particuliers, aménagements spécifiques, protocole d'intervention en cas d'urgence). *Circulaire du 10 février 2021, BO n°9 du 4 mars 2021.*

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PPS (projet personnalisé de scolarisation) : oui non

Indications complémentaires sur la santé de votre enfant qui vous semblent importantes de porter à la connaissance du personnel de santé de l'établissement.

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

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital ou le service de soins le mieux adapté, déterminé par le SAMU-Centre 15. Les responsables légaux sont immédiatement avertis par l'établissement. Un élève mineur ne peut pas sortir de l'hôpital ou du service de soins sans être accompagné d'un parent ou de son responsable légal.

Médecin traitant : (NOM, adresse et n° de téléphone) :

A..... Date

Signature :

FICHE PEDAGOGIQUE 2^{ème} année CPGE - KHÂGNE

INFORMATIONS DE L'ÉLÈVE

Nom :

Prénom :

Etablissement/classe de l'année précédente :

N° de téléphone joignable en Juillet/Août (obligatoire) :

CHOIX DES ENSEIGNEMENTS

LV1 :

Anglais (AGL1 O)

CHOIX DE LA SPECIALITE (1 CHOIX POSSIBLE)

LETTRES MODERNES (8H) : (LITTE O)

Lettres (6h) – Latin (2h)

THEATRE (6H) : (THEAT O)

Théâtre (4h) + **AU CHOIX** : Latin (2h) (LCALA O) ou LV1(2h) (AGL4 O)

HISTOIRE GEOGRAPHIE (8H) :

Histoire (4h) (HISTO O) – Géographie (4h) (GEOGF O)

MUSIQUE (6H) (MUSIQ O)

OPTIONS FACULTATIVES

LV1 (2h)

Anglais approfondi (AGL4 F)

Latin (2h) (LCALA F)

LV2 (2h)

Allemand (ALL F)

Espagnol (ESP2 F)

Italien (ITA F)

Je déclare **accepter et confirmer** mon inscription en 2^{ème} année de classe préparatoire.



Les options sont conditionnées à leur compatibilité dans l'emploi du temps

SIGNATURES (ÉTUDIANT + RESPONSABLE LEGAL POUR LES MINEURS)

L'étudiant s'engage à suivre **tous** les enseignements choisis, durant **toute** l'année scolaire (spécialités, langues vivantes, enseignements optionnels).
Aucun changement ne sera pris en compte à la rentrée.

Maison Des Lycéens Bureau Des Étudiants

Bulletin d'adhésion

Informations personnelles

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse postale : _____

Numéro de téléphone : _____ Adresse mail : _____

A remplir par l'adhérent (exemplaire à conserver par l'association)

Je déclare par la présente souhaiter devenir membre :

- soit de l'association Maison Des Lycéens - Bureau des Etudiants du lycée Madame de Staël
(la cotisation s'élève à 10 € payable par chèque à l'ordre de la Maison Des Lycéens - Bureau des
Etudiants lors de l'inscription)
- soit du Bureau des Etudiants du lycée Madame de Staël à l'ordre de la Maison Des Lycéens -
(la cotisation s'élève à 7 € payable par chèque à l'ordre de la Bureau des Etudiants lors de l'inscription)

A ce titre, je déclare reconnaître l'objet de l'association, et avoir accepté le règlement intérieur. J'ai pris
bonne note des droits et des devoirs des membres de l'association, et accepte de verser ma cotisation due
pour l'année en cours.

Le montant de la cotisation est payable par chèque lors de l'inscription.

Fait et signé à _____, le _____

Signature de l'adhérent

Reçu pour adhésion

A remplir par l'association (exemplaire à remettre à l'adhérent)

Je, soussigné(e) _____, déclare par la présente avoir reçu le bulletin
d'adhésion de :

Prénom : _____ Nom : _____

ainsi que sa cotisation d'un montant de € et l'ensemble des informations demandées.

L'adhésion du membre susnommé est ainsi validée. Ce reçu confirme la qualité de membre du postulant,
et ouvre droit à la participation à l'assemblée générale de l'association.

**Signature du président
(ou de son représentant)**

Fait à _____, le _____

PASS' RÉGION 2024/2025

Le Pass' Région accompagne les élèves au quotidien : c'est une carte chargée d'avantages pour les jeunes.

❖ **Pour les élèves de CPGE entrants dans le dispositif**

(qui étaient scolarisés dans un établissement hors Région AURA l'an passé) :

Commandez gratuitement votre carte Pass' Région 2023/2024 en ligne : <https://auvergnerhonealpes.zecarte.fr/Beneficiaire/Views/Accueil.aspx> rubrique «déposer une demande de Pass' Région» ou depuis l'application smartphone Pass' Région (disponible sur Android et iOS).

Le lycée validera ensuite votre demande et la carte vous sera envoyée à votre domicile.

❖ **Pour les élèves de CPGE qui ont déjà un Pass' Région :**

si vous aviez déjà un Pass' Région en 2023/2024 **au nom d'un établissement scolaire de la Région AURA**, veuillez le remettre à M. Di Costanzo le jour des inscriptions (à défaut, laissez-lui votre nom).

Il sera revalidé automatiquement pour l'année scolaire suivante.

Veillez à conserver votre carte pour l'année scolaire 2024/2025,
aucune autre ne vous sera délivrée.