



Lycée Frédéric Mistral – 13008 Marseille

Lycée des Métiers de l'Automobile et du Secteur Tertiaire Associé
46, Boulevard de Sainte-Anne. 13008 MARSEILLE.
Tél : 04.91.29.12.00. Fax : 04.91.29.12.20.



DOSSIER D'INSCRIPTION EN 1ERE ANNEE DE BTS MVP Année Scolaire 2024 - 2025



Votre inscription au lycée Frédéric Mistral sera validée uniquement lors de la réception de tous les documents demandés.

Documents à renvoyer avant le 10 juillet par mail à viescomistral@gmail.com

- Photocopie du diplôme du Baccalauréat ou relevé de note
- EXEAT (certificat de radiation à demander à l'établissement d'origine)
- Un RIB (Pensez à noter le nom, prénom et la classe au recto).
- La fiche d'inscription ci-joint
- La fiche médicale URGENCE
- La fiche « Infirmierie »
- Photocopie uniquement des pages vaccinations du carnet de santé (DT Polio et ROR = Rougeole, Oreillons, Rubéoles - Pages 66 et 67 en général des carnets classiques)

Documents à donner le jour de la rentrée scolaire

- 10€ en espèce ou en chèque à l'ordre de la MDL (maison des lycéens)
- 1 photographie d'identité récente

Pour information, possibilité de logement en internat

Nous disposons d'une dizaine de place à l'internat du lycée J Perrin 13010. Si vous êtes intéressés pensez à nous demander le dossier d'inscription rapidement. Possibilité également de vous renseigner pour un logement étudiant au niveau du CROUS.



Fiche de scolarité 2024.2025

Identité de l'élève

Nom : Prénom :
 Né(e) le : à Nationalité :
 Dernier établissement connu fréquenté par l'élève
 Établissement : Classe: Commune :

RESPONSABLES LEGAUX

Responsable légal 1 (responsable financier) (si autre père ou mère) précisez.....

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 Tél Dom : Tél Travail : Tél Portable :

Adresse mail obligatoire et lisible :

Situation emploi : Profession :

Responsable légal 2 (si autre père ou mère) précisez

Nom : Prénom :
 Adresse :

Code postal : Commune :
 Tél Dom : Tél Travail : Tél Portable :

Adresse mail obligatoire et lisible :

Situation emploi : Profession :

Adresse de l'élève si différent des parents

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 Tél Portable élève : Mail :



Fiche Infirmierie
 A remettre sous pli cacheté avec la mention
 « CONFIDENTIEL INFIRMERIE »

Identité de l'élève

Classe :

Nom : Prénom :

Numéro Sécurité Sociale de l'élève (s'il en a un) :

Né(e) le : à :

Tél. de l'élève : Mail de l'élève :

Adresse :

Code postal : Ville :

Responsable légal 1

Lien de parenté :

Nom : Prénom :

Tél Port. Mail :

Santé : Votre enfant souffre-t-il d'une de ces affections ?

- | | |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Affection respiratoire chronique | <input type="checkbox"/> Hémophilie |
| <input type="checkbox"/> Arthrite chronique juvénile | <input type="checkbox"/> Intolérance alimentaire |
| <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Leucémie |
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Maladie des Crohn |
| <input type="checkbox"/> Cardiopathie | <input type="checkbox"/> Mucoviscidose |
| <input type="checkbox"/> Drépanocytose | <input type="checkbox"/> Syndrome d'immunodéficience humaine |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Transplantation d'organe |
| <input type="checkbox"/> Greffe de moelle et autre greffe | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale |
| <input type="checkbox"/> Myopathie et autres maladies dégénératives | <input type="checkbox"/> Autre |

Allergies : Non Oui A quoi ? :

Médecin traitant : Médecin spécialiste :

Votre enfant prend-t-il un traitement médical : Oui Non (Fournir l'ordonnance valide)

PAI demandé : Oui Non (fournir les éléments médicaux à l'infirmière)



**Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence.
 La famille est immédiatement avertie par l'infirmière et/ou la vie scolaire.**

Signature des parents



Lycée Frédéric Mistral – 13008 Marseille

Lycée des Métiers de l'Automobile et du Secteur Tertiaire Associé
46, Boulevard de Sainte-Anne. 13008 MARSEILLE.
Tél : 04.91.29.12.00. Fax : 04.91.29.12.20.



FICHE D'URGENCE MEDICALE

A compléter par les représentants légaux pour **les mineurs et les lycéens.**

Nom et Prénom des parents ou du représentant légal :

.....

Adresse :

Code Postal : Commune :

N° et adresse du centre de sécurité sociale :

.....

N° et adresse de l'assurance scolaire :

.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins un numéro de téléphone :

1. Téléphone du domicile : / / / / Portable : / / / /

2. Tél du travail du père : / / / / Poste :

3. N° du travail de la mère : / / / / Poste :

4. Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

/ / / /

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.

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : / /

(Pour être efficace, cette vaccination nécessite un rappel tous les 5 ans)

Observations particulières :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre ...) :

.....

.....

.....

Coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Adresse :

.....

N° de téléphone : / / / /