



**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 DE CANDIDATURE

Formation C.T.

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 8 juillet par courrier et/ou par mail à [viescomistral@gmail.com](mailto:viescomistral@gmail.com)**

- Baccalauréat professionnel maintenance des véhicules options : Voitures particulières / véhicules industriels / véhicules de transport routier ou relevé de note  
ou
- Diplôme de niveau V (BTS) du ministère de l'éducation nationale : BTS Maintenance des véhicules options : Véhicules particuliers / Véhicules industriels  
ou
- Diplôme Expert en automobile
- Photocopies des bulletins scolaires des deux dernières années de formation.
- Photocopie du permis de conduire « B ».
- Original du bulletin N° 3 du casier judiciaire.
- Photocopie des pages vaccinations du carnet de santé (DT Polio et ROR = Rougeole, Oreillons, Rubéoles - Pages 66 et 67 des carnets classiques)
- 2 Photographies d'identité récentes
- EXEAT (certificat de radiation à demander à l'établissement d'origine)
- Un RIB (Pensez à noter le nom, prénom et la classe de l'élève au recto).

1 chèque de 10€ à l'ordre de la MDL (maison des lycéens) qui ne sera encaissé que si l'inscription est validée

**Documents à donner le jour de la rentrée scolaire**



# 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 Infirmerie**  
 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 : / / / /