

**IDENTIFICATION DE L'APPRENTI(E) :**

Classe : .....



Nom - Prénom : .....

Né(e) le : ..... à (Ville) : ..... Nationalité.....

N° immatriculation Sécurité Sociale (OBLIGATOIRE) : .....

Adresse : .....

Code Postal - Ville.....

Domicile : ..... Portable : .....

Adresse mail : .....

**NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR**

Nom et Adresse de l'employeur.....

Tuteur de l'apprenti : .....

(OBLIGATOIRE) .....Mail de l'employeur.....

**A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :**

- Copie de la Carte Nationale d'Identité
- Copies de tous vos diplômes

**STATUT** : en qualité de (cochez IMPERATIVEMENT la case correspondante) :

**TARIFS INDIQUES POUR INFORMATION CAR L'HEBERGEMENT EST PRIS EN CHARGE PAR LES OPCO**

**Interne**

- la nuitée = 4.30 € (Après inscription à l'internat les nuits seront systématiquement facturées (selon l'emploi du temps) sauf si vous prévenez l'Intendance du lycée par courrier et à l'avance.)
- le petit déjeuner = 1.55 €
- le repas (midi et soir) = 2.81 €

**Demi-pensionnaire**

- le repas de midi = 2.81 €

Une carte magnétique vous sera remise. Vous devrez passer cette carte à la borne située à l'entrée du réfectoire afin qu'un plateau vous soit délivré. Attention, **vous devez réserver les repas à l'avance pour le midi.**

**Externe**

**Veillez agrafez votre R.I.B.\* sur cette partie.**

\*R.I.B. OBLIGATOIRE (même si déjà fourni l'année scolaire précédente).

Ce document nous est indispensable.

Date .....

Signature,

**Tous les documents seront transmis soit par mail à [ce.0240039m@ac-bordeaux.fr](mailto:ce.0240039m@ac-bordeaux.fr) soit par courrier au lycée.**

## FICHE D'URGENCE APPRENTI

ETABLISSEMENT : LP PORTE D'AQUITAINE - 24800 THIVIERS

Année scolaire : 2024/2025

**Si votre enfant présente un trouble de santé (pathologies chroniques, allergies...) qui nécessite un aménagement particulier au niveau de sa scolarité ou la prise de médicaments pendant le temps scolaire, vous pouvez contacter l'infirmière de l'éducation nationale afin d'élaborer un Projet d'Accueil Individualisé (PAI).**

**Souhaitez-vous la mise en place d'un PAI :** oui  non

NOM de l'élève : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Classe : .....

- Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....

- N° de sécurité sociale et adresse du centre : .....

- N° de l'assurance scolaire et adresse : .....

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.

	<u>Père</u>	<u>Mère</u>
Tél. domicile :	.....	.....
Tél portable :	.....	.....
Tél. travail :	.....	.....

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : .....

**EN CAS D'URGENCE**, le centre 15 (SAMU) est appelé. Un élève accidenté ou malade est orienté et transporté vers l'hôpital le mieux adapté selon les modalités définies par le SAMU. La famille est immédiatement avertie par nos soins. **Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.**

**INFORMATIONS MEDICALES NON CONFIDENTIELLES :**

**(Tous renseignements que vous considérez comme confidentiels doivent être joints sous enveloppe cachetée, à l'attention de l'infirmière).**

- **Médecin traitant** (nom, adresse et numéro de téléphone) : .....

- **Renseignements médicaux particuliers** (que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement) : .....

**VACCINATIONS :** - D.T. POLIO (rappel datant de moins de 5 ans)

- ROR
- BCG
- Hépatite B
- Autres

Merci de bien vouloir **joindre une photocopie**, nominative et datée, **des pages du carnet de santé concernant les vaccinations** (ou un certificat médical les attestant).