

## INSCRIPTION : Année scolaire 2026-2027

### PIÈCES A FOURNIR OBLIGATOIREMENT

#### 1) SCOLARITÉ :

- Copie de la carte d'identité (ou passeport) **en cours de validité** (document obligatoire pour toute inscription aux examens)
- Copie de l'attestation de participation à la JDC.
- Copie du livret de famille.
- Notification conditionnelle d'attribution de la bourse pour les étudiants boursiers.
- Copie du relevé de notes du BTS

#### 2) INFIRMERIE :

- Une fiche d'infirmerie + fiche urgence
- Photocopie des vaccins

#### 3) INTENDANCE :

- Fiche intendance.
- Une photo d'identité pour la carte de self
- Un relevé d'identité bancaire **aux nom et adresse du responsable identifié comme payant les frais scolaires : inscrire au dos nom, prénom et le niveau et la filière de l'élève.**

# Dossier étudiant



Académie de DIJON  
RNE établissement : 0212015B  
Année scolaire : 2026 - 2027



## IDENTIFICATION DE L'ETUDIANT Paie les frais scolaires

Nom : \_\_\_\_\_ Prénoms : \_\_\_\_\_  
Né(e) le : \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ Département : \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_ N°Insee (de l'élève) : \_\_\_\_\_ Sexe (M ou F) : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
☎ Portable : \_\_\_\_\_ @ mail : \_\_\_\_\_

Accepte les SMS automatiques en cas d'absence

### Scolarité de l'année 2026 – 2027 :

Formation : \_\_\_\_\_ Division/classe : \_\_\_\_\_  
Doublement :  oui  non Régime :  Externe  DP Ticket  Demi-pensionnaire Boursier :  oui  non  
PAP  PAI  Aménagements d'examen   
Langues : L.V.A : ANGLAIS  Moyen de transport :  Divia  Transco  Train  Autre : \_\_\_\_\_

### Scolarité antérieure :

ANNEE	CLASSE	ETABLISSEMENT	DIPLOME OBTENU
2025-2026			
2024-2025			
2023-2024			

## Personne à contacter : Paie les frais scolaires

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
☎ domicile : \_\_\_\_\_ ☎ travail : \_\_\_\_\_ ☎ portable : \_\_\_\_\_  
@ mail (obligatoire) : \_\_\_\_\_ Accepte les SMS automatiques en cas d'absence

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

Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves oui  non

## Personne à contacter : Paie les frais scolaires

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
Commune : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
☎ domicile : \_\_\_\_\_ ☎ travail : \_\_\_\_\_ ☎ portable : \_\_\_\_\_  
@ mail (obligatoire) : \_\_\_\_\_ Accepte les SMS automatiques en cas d'absence

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

Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves : oui  non

Je certifie l'exactitude des données transmises

Fait le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature de l'étudiant :

# Dossier étudiant

## Professions et catégories socio-professionnelles - Codes à reporter en page 1, « représentants légaux »

Code	Libellé	Code	Libellé
<b>AGRICULTEURS EXPLOITANTS</b>		<b>OUVRIERS</b>	
10	Agriculteurs exploitants	62	Ouvriers qualifiés de type industriel
<b>ARTISANS, COMMERCANTS ET CHEFS D'ENTREPRISE</b>		63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
21	Artisans	64	Chauffeurs
22	Commerçants et assimilés	65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus	67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
<b>CADRES ET PROFESSIONS INTELLECTUELLES</b>		68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
31	Professions libérales	69	Ouvriers agricoles
33	Cadres de la fonction publique	<b>RETRAITES</b>	
34	Professeurs, professions scientifiques	71	Retraités agriculteurs exploitants
35	Professions de l'information, des arts et des spectacles	72	Retraités artisans, commerçants, chefs d'entreprise
37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	74	Anciens cadres
38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	75	Anciennes professions intermédiaires
<b>PROFESSIONS INTERMEDIAIRES</b>		77	Anciens employés
42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés	78	Anciens ouvriers
43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social	<b>PERSONNES SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE</b>	
44	Clergé, religieux	81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	83	Militaires du contingent
46	Professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise	84	Elèves, étudiants
47	Techniciens	85	Personnes sans activité professionnelle < 60 ans (sauf retraités)
48	Contremaîtres, agents de maîtrise	86	Personnes sans activité professionnelle >= 60 ans (sauf retraités)
<b>EMPLOYES</b>			
52	Employés civils et agents de service de la fonction publique		
53	Policiers et militaires		
54	Employés administratifs d'entreprise		
55	Employés de commerce		
56	Personnels des services directs aux particuliers		

## FICHE INTENDANCE INSCRIPTION ANNÉE 2026/2027

ÉLÈVE CONCERNÉ	
Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Régime choisi (1 seule case à cocher) : <input type="radio"/> EXTERNE <input type="radio"/> DP4 (forfait 4 jours, tarif annuel 2026 : 564.48€)* <input type="radio"/> DP TICKET (tarif : 5.00€) <input type="radio"/> DP5 (forfait 5 jours, tarif annuel 2026 : 664.20€)* Il sera possible de changer de régime jusqu'au 30/09/2026 sur demande écrite. Bourse de lycée déjà accordée : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Demande en cours	
RESPONSABLE(S) DE L'ÉLÈVE	
Responsable 1 : Responsable <b>financier de l'élève</b> Joindre obligatoirement un RIB au nom du responsable financier de l'élève	Responsable 2 de l'élève
Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____ Téléphone : _____ <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Autre (préciser) _____	Nom : _____ Prénom : _____ Adresse : _____ CP : _____ Ville : _____ Téléphone : _____ <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Autre (préciser) _____
ÉLÈVE PRIS EN CHARGE PAR UN ORGANISME OU UNE COLLECTIVITÉ	
Joindre tout document justificatif de la prise en charge financière si possible	
Nom de l'organisme : _____ Adresse de facturation : _____	Nom du référent : _____ Téléphone : _____

La signature du présent document vaut acceptation du règlement financier de l'internat et de la demi-pension consultable sur le site du lycée [www.lycee-simoneveil-dijon.org](http://www.lycee-simoneveil-dijon.org)

**SIGNATURE DU RESPONSABLE FINANCIER**

.....

\* sous réserve de modification en janvier 2027 par le Conseil régional

# ASSOCIATION SPORTIVE LYCEE Simone WEIL CONDITIONS D'ADHESION

- Compléter et signer l'autorisation parentale ci-dessous.
- Régler le montant de la licence UNSS (Licence obligatoire dans tous les cas et qui permet de participer à toutes les activités de l'AS)
- Pour l'année scolaire 2026-2027 le prix de la licence est fixé à 25 euros ( 20 euros lors de l'inscription au lycée)

Les chèques seront libellés à l'ordre de l' « **association sportive du lycée Simone Weil** »  
(Les familles qui éprouvent des difficultés financières peuvent faire appel au fonds social d'aide aux lycéens.)

Pour information, vous trouverez dans le tableau suivant le planning de l'année 2025/2026



**EMPLOI DU TEMPS<sup>1</sup>**  
**ASSOCIATION SPORTIVE<sup>1</sup>**  
**LYCEE SIMONE WEIL 2025/2026<sup>1</sup>**



  

	JOUR	HORAIRE	PROFESSEUR ENCADRANT
MUSCULATION RENFORCEMENT MUSCULAIRE STEP	LUNDI	17h30 / 19h30	DI GIROLAMO
	MARDI	12h20/13h25	JEANNIARD
	MARDI	17h30 / 19h30	GAUCHET
	JEUDI	12h20/13h25	JEANNIARD
BASKET 3 vs 3	MERCREDI	13h30 / 15h	GAUCHET
GYMNASE OUVERT (Futsal, badminton, volley...)	VENDREDI	12h20/13h25	VOLATIER
	JEUDI	12h20/13h25	DI GIROLAMO





## AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné,.....père, mère, tuteur, représentant légal

- ✓ Autorise mon fils, ma fille.....classe.....né(e)  
le .....
- ✓ A participer aux activités de l'association sportive du lycée Simone Weil (entraînements, compétitions, sorties exceptionnelles)
- ✓ Autorise le professeur responsable de l'accompagnement à faire pratiquer en cas d'urgence une intervention médicale ou chirurgicale
- ✓ Autorise mon fils, ma fille à se rendre par ses propres moyens sur les installations sportives de la Ville de Dijon et de sa proche banlieue.

Fait à .....le .....

Signature

Établissement scolaire :

Année scolaire :

Document non confidentiel à remplir par les familles en chaque début d'année scolaire.

## Fiche de renseignements en cas d'urgence

### Identité de l'élève

Nom : ..... Prénom : .....

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

Adresse : .....

.....

N° de téléphone portable de l'élève majeur : .....

### Identité des responsables légaux :

#### **Responsable légal n°1 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse du responsable légal n°1: .....

.....

N° de téléphone portable : .....

#### **Responsable légal n°2 :**

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse du responsable légal n°2:.....

.....

N° de téléphone portable : .....

### **En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir les responsables légaux le plus rapidement possible.**

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

.....

Nom et numéro de téléphone d'une personne susceptible de récupérer votre enfant dans le cas où vous ne pourriez pas vous déplacer (réponse obligatoire)

1 : ..... 2 : ..... 3 : .....

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'école ou l'établissement scolaire.

Un élève mineur ne peut pas sortir de l'hôpital ou de service de soins sans être accompagné d'un de ses parents ou de son responsable légal.

Votre enfant a-t-il un PAI (Projet d'Accueil Individualisé pour raison de santé) :  Oui  Non  
(Le PAI sera joint en cas de sortie ou de voyage scolaire)

Votre enfant a-t-il un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation pour situation de handicap) :  oui  non  
(Le PPS sera joint si besoin en cas de sortie ou de voyage scolaire)

Souhaitez-vous évoquer un point particulier sur la santé de votre enfant ?  oui  non

Si oui et /ou si votre enfant bénéficie d'un PAI et /ou d'un PPS, veuillez renseigner la fiche infirmerie confidentielle à remettre, sous enveloppe cachetée à l'attention du personnel infirmier,

Lors de la 1ère inscription dans l'établissement, merci de fournir la photocopie des vaccinations avec la fiche infirmerie confidentielle, sous enveloppe cachetée à l'attention de personnel infirmier de l'établissement,

Signature responsable légal n°1

Signature responsable légal n°2

Vos données sont collectées par l'établissement

Le responsable de traitement est le le chef d'établissement. Les informations personnelles collectées serviront à alimenter les traitements suivants : informer les personnels de santé de l'établissement et , le cas échéant ceux des services de secours des problèmes de santé de l'élève. D'autres traitements de données à caractère personnel sont susceptibles d'être mis en œuvre par l'établissement et feront l'objet d'une information ultérieure par le chef d'établissement. Conformément aux dispositions issues du règlement européen à la protection des données à caractère personnel et à la nouvelle loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, de limitation et d'effacement aux données. Pour exercer ces droits et pour toute question relative aux traitements des données de votre enfant (si l'élève est mineur), vous pouvez contacter le délégué à la protection des données par voie électronique [dpd@region-academique-bourgogne-franche-comte.fr](mailto:dpd@region-academique-bourgogne-franche-comte.fr) ou postale : Rectorat de la région académique Bourgogne-Franche-Comte - Délégué à la protection des données – 10 rue de la Convention – 25030 BESANCON Cedex. Si vous estimez, après avoir contacté le chef d'établissement ou le délégué à la protection des données que vos droits à la protection des données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy, TSA80715, 75334 PARIS CEDEX07 ou sur <https://www.cnil.fr/fr/plaintes> . Cette fiche est conservée pendant 2 ans par l'établissement et sera détruite (BO du 16 juin 2005 relatif à l'archivage)



**ACADÉMIE  
DE DIJON**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*

Établissement scolaire :

Classe :

Ce document contient des renseignements médicaux, merci de le transmettre à l'infirmier de l'établissement sous pli cacheté. Un courrier avec des informations médicales confidentielles sous pli cacheté à l'attention des services de secours peut également être joint à la présente :  
courrier joint :  Oui  Non

**Photo  
à  
agrafer**

## FICHE INFIRMERIE

**NOM :** ..... **Prénom :** ..... **Né(e) le :** .....

### VACCINATIONS :

**Exclusivement** pour les élèves qui intègrent l'établissement, joindre une photocopie **nominative** des pages «Vaccinations » du carnet de santé. (article L.3111-2 du code de la santé publique).

**NOM et numéro de téléphone du médecin traitant :** .....

- **Votre enfant porte-t-il des lunettes?**  Oui  Non

Si **OUI**, date de la dernière consultation chez l'ophtalmologue :

- **Votre enfant a-t-il des problèmes d'audition connus?**  Oui  Non

Si **OUI**, nom du médecin ORL qui le suit :

- **Votre enfant suit-t-il un traitement médical régulier?**  Oui  Non

Si **OUI**, lequel? :

- **Votre enfant bénéficie-t-il d'un suivi particulier?**  Oui  Non

(Ex. : Psychologique, pédopsychiatrique, orthophonique, kinésithérapique, ergothérapie)

Merci de préciser le nom du professionnel ou la structure qui suit votre enfant:

- **Votre enfant bénéficie-t-il d'un Projet personnalisé de scolarisation (PPS)?**  Oui  Non
- **Votre enfant souffre-t-il d'une pathologie chronique nécessitant la mise en place d'un PAI?**  Oui  Non

(asthme, allergie, épilepsie, diabète, mucoviscidose, drépanocytose, traitement de longue durée)

### Dans ce cas, merci de prendre contact avec le personnel de santé de l'établissement.

S'il a bénéficié d'un PAI l'an passé, souhaitez-vous le reconduire pour l'année scolaire à venir?  Oui  Non

- **Indications complémentaires sur la santé de votre enfant qu'il vous semble important de porter à la connaissance du personnel de santé de l'établissement :**

**En cas d'urgence et d'obligation de transférer mon enfant dans le centre hospitalier le mieux adapté, j'autorise qu'il puisse être transporté seul dans un véhicule envoyé par le service de régulation du SAMU. Je serai très rapidement prévenu(e) de ce transfert par un personnel de l'établissement scolaire dans lequel est scolarisé mon enfant. J'assurerai sa sortie de l'hôpital.**

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus.

**Signature du responsable légal n°1**

et / ou

**Signature du responsable légal n°2**

A ..... le .....

A ..... le .....

Vos données sont collectées par l'établissement

Le responsable de traitement est le chef d'établissement. Les informations personnelles collectées serviront à alimenter les traitements suivants : informer les personnels de santé de l'établissement et, le cas échéant ceux des services de secours des problèmes de santé de l'élève. D'autres traitements de données à caractère personnel sont susceptibles d'être mis en œuvre par l'établissement et feront l'objet d'une information ultérieure par le chef d'établissement. Conformément aux dispositions issues du règlement européen à la protection des données à caractère personnel et à la nouvelle loi informatique et libertés, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition, de rectification, de limitation et d'effacement aux données. Pour exercer ces droits et pour toute question relative aux traitements des données de votre enfant (si l'élève est mineur), vous pouvez contacter le délégué à la protection des données par voie électronique [dpd@region-academique-bourgogne-franche-comte.fr](mailto:dpd@region-academique-bourgogne-franche-comte.fr) ou postale : Rectorat de la région académique Bourgogne-Franche-Comte - Délégué à la protection des données - 10 rue de la Convention - 25030 BESANCON Cedex. Si vous estimez, après avoir contacté le chef d'établissement ou le délégué à la protection des données que vos droits à la protection des données personnelles ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, 3 place de Fontenoy, TSA80715, 75334 PARIS CEDEX07 ou sur <https://www.cnil.fr/fr/plaintes>. Cette fiche est conservée pendant 2 ans par l'établissement et sera détruite (BO du 16 juin 2005 relatif à l'archivage).

## Règlement Intérieur

Le Règlement intérieur est disponible sur le site du lycée.

J'ai pris connaissance de ce Règlement Intérieur pour l'année scolaire 2026 – 2027

Etudiant :

**NOM :**

**PRENOM :**

**Date et Signature :**

## Règlement Intérieur

Le Règlement intérieur est disponible sur le site du lycée.

J'ai pris connaissance de ce Règlement Intérieur pour l'année scolaire 2026 – 2027

Etudiant :

**NOM :**

**PRENOM :**

**Date et Signature :**