

ANNEE SCOLAIRE 2024-2025

INSCRIPTION ADMINISTRATIVE EN DNMADE IC1

DOCUMENTS A COMPLETER ET PIÈCES A FOURNIR

- ❖ Fiche de renseignements à compléter et imprimer IMPERATIVEMENT numériquement recto/verso, avec une photo d'identité
- ❖ Dossier infirmerie : imprimer et compléter les 3 documents, joindre une photo d'identité récente.
- ❖ 1 photo d'identité supplémentaire, prévue pour la carte d'étudiant.e (indiquer nom/prénom au dos)
- ❖ 1 photocopie recto/verso de la carte d'identité
- ❖ Le règlement de 140 euros au titre des consommables (Participation aux frais du matériel en DN IC : Papier, toner et encre des imprimantes de la section. Encres, produits et supports papier, nécessaires au fonctionnement des ateliers de sérigraphie et de gravure).
A régler par chèque uniquement (Ordre : Agent comptable lycée A.Renoir)
- ❖ Le formulaire d'adhésion volontaire à l'association Pari-Renoir (voir document joint)
- ❖ Le formulaire d'adhésion volontaire au BDE (voir document joint)

Attention : Seule la restitution de l'intégralité des documents est garante de l'inscription définitive.

Le dossier complet est à renvoyer sous pli au plus vite, et impérativement avant le 8 juillet 2024 à l'adresse suivante :

**Lycée Auguste Renoir – service Vie scolaire
24 rue Ganneron – 75018 Paris**

Photo
récente
obligatoire

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

1^{ERE} ANNEE DNMADE IMAGE DE COMMUNICATION

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Ville ET n° du département de naissance : _____

Nationalité : _____

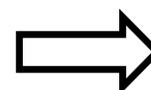
Adresse de l'étudiant à Paris (si déjà connue ; sinon NE RIEN écrire et à communiquer à la rentrée) :

Rue : _____

Code postal et ville: _____

Téléphone portable : _____

Adresse mail : _____



Situation familiale

Nom et prénom du responsable légal principal : _____

Lien avec l'étudiant : Père Mère Tuteur(trice) Autre cas

Adresse du responsable légal : _____

Commune : _____ Code postal : _____

E-mail (Pour usage interne) :

Tél portable : _____ Tél domicile : _____

Profession + Code profession (voir codes ci-dessous) : _____

Nombre d'enfants à charge : _____

N° de code de profession à renseigner

- | | |
|---|--|
| 10. Agriculteur exploitant | 48. Contremaître, agent de maîtrise |
| 21. Artisan | 52. Employé civil et agent service fonction publique |
| 22. Commerçant et assimilé | 53. Policier et militaire |
| 23. Chef d'entreprise de 10 salariés ou plus | 54. Employé administratif d'entreprise |
| 31. Profession libérale | 55. Employé de commerce |
| 33. Cadre de la fonction publique | 56. Person. service direct aux particuliers |
| 34. Professeur et assimilé | 61. Ouvrier qualifié |
| 35. Profession de l'information, des arts et des spectacles | 66. Ouvrier non qualifié |
| 37. Cadre administratif et commercial d'entreprise | 69. Ouvrier agricole |
| 38. Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise | 71. Retraité agriculteur exploitant |
| 42. Instituteur et assimilé | 72. Retraité artisan, commerçant, chef d'entreprise |
| 43. Profession interm. de la santé et du travail social | 73. Retraité cadre, profession intermédiaire |
| 44. Clergé, religieux | 76. Retraité employé et ouvrier |
| 45. Profession interm. adm. de la fonction publique | 81. Chômeur n'ayant jamais travaillé |
| 46. Profession interm. adm. et commerciales des entr. | 82. Personne sans activité professionnelle |
| 47. Technicien | 99. Non renseignée (inconnue ou sans objet) |

**DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL SCOLAIRE
RENTRÉE 2024-2025**

La loi n° 202-303 du 04 mars 2002, stipule que la transmission de données médicales d'un médecin à un autre médecin doit faire l'objet d'une autorisation préalable du patient ou de son représentant légal. La transmission du dossier médical scolaire de votre enfant qui le suivra durant tout son cursus scolaire, est soumise à ce principe. Nous vous demandons de bien vouloir compléter le document qui suit, et de le signer. Il sera transmis au médecin scolaire du collège ou du lycée de votre enfant afin qu'il fasse la demande de transmission au médecin de l'établissement d'origine.

NOM DE L'ÉLÈVE _____ Prénom _____

Date de naissance _____ à _____

Etablissement où l'élève est inscrit
en 2023-2024

Etablissement où l'élève était inscrit
en 2022-2023

Lycée Technologique d'Arts Appliqués Auguste Renoir
24, rue Ganneron
75018 PARIS
Classe _____

Nom de l'établissement

n° _____ rue _____
Code postal _____
VILLE _____

Je soussigné(e) _____, responsable légal autorise le transfert du dossier médical scolaire de mon enfant au service médical de son nouvel établissement scolaire où il est inscrit en 2022/2023

Date :

Signature :

Date de la réponse :

Dossier complet

Dossier incomplet

Dossier absent

Élève non inscrit

Nom du médecin,
cachet de l'établissement



Document à faire signer dès la rentrée en grande section par les familles ou lors de toute ouverture de dossier à scanner dans Esculape avant de le rendre aux signataires

Dossier médical numérique ESCULAPE Accès et transmissions des données

L'application Esculape permet au médecin de l'éducation nationale de saisir, dans un dossier numérique protégé, les éléments recueillis lors des visites médicales de votre enfant en milieu scolaire, comme cela avait lieu auparavant dans le dossier papier, pour organiser un suivi efficace de sa santé et favoriser son bien-être et sa réussite scolaire.

Sous la responsabilité du médecin, les informations qui y figurent sont strictement confidentielles.

Les informations recueillies concernent notamment les vaccinations, l'examen staturo-pondéral avec calcul de l'IMC, le bilan sensoriel : vue et audition, l'examen clinique, le bilan du langage, le bilan du développement de l'enfant, ou tout autre élément utile concernant sa santé.

Les conclusions de ces bilans médicaux incluant, le cas échéant, des recommandations, des conseils ou des demandes d'investigations complémentaires ainsi que, si besoin, la remise d'un courrier à l'attention du médecin traitant, vous seront transmises. Le médecin veille également au respect de la confidentialité de cette transmission.

Une fois anonymisées, les données de santé peuvent être utilisées à des fins d'études épidémiologiques.

Conformément à la loi, ce dossier est conservé, actuellement jusqu'aux 28 ans révolus des personnes, dans des conditions hautement sécurisées.

Cette application informatique du ministère de l'éducation nationale a reçu en date du 16 octobre 2017 l'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sous le numéro de déclaration 1980013 v 1.

Les droits d'accès et de rectification des données par l'élève, ses parents ou ses responsables légaux à l'égard du traitement de données à caractère personnel, prévus par les articles 39 et 40 de la loi du 6 janvier 1978, s'exercent soit sur place, soit par voie postale, soit par voie électronique auprès du médecin de l'éducation nationale ou de l'inspecteur d'académie, directeur académique des services de l'éducation nationale.

Vous pouvez accéder à toutes les informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin que vous désignez sur demande écrite auprès du médecin conseiller technique départemental et en obtenir communication comme prévu dans la **loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**. Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale.

Cette loi et le décret n°2016-994 du 20 juillet 2016, disposent que toute transmission de données médicales d'un médecin à un autre professionnel de santé doit faire l'objet d'une autorisation préalable.

La transmission du dossier médical scolaire de votre enfant entre professionnels de santé est soumise à ce principe.

Sans opposition écrite de votre part, les données nécessaires au suivi médical de votre enfant pourront être transmises aux professionnels de santé qui auront à le prendre en charge. A tout moment vous pourrez modifier votre décision.

J'accepte

Je refuse

que les données nécessaires au suivi médical de mon enfant puissent être transmises aux professionnels de santé qui auront à le prendre en charge

Lu et approuvé par :

(Nom du ou des titulaire-s de l'autorité parentale)

Nom de l'élève :

Date :

Signature(s)

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONFIDENTIELS
à transmettre sous pli cacheté au **SERVICE MÉDICAL**

<p>Nom : Prénom : Classe : Adresse :</p>	<p>Dernier établissement fréquenté : Classe de :</p>
<p>Nom du responsable légal : Numéro de téléphone de l'élève : Numéro de téléphone du responsable légal:</p>	<p>Numéro de Sécurité sociale de l'enfant: Nom et coordonnées du médecin traitant :</p>
<p>Problèmes ayant une incidence sur la santé de l'élève: (Année de la maladie, interventions chirurgicales..)</p>	
<p>Allergies connues : Maladie chronique (diabète, asthme...) :</p>	
<p>Votre enfant suit il actuellement un traitement : Si oui, lequel ? :</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	
<p>Votre enfant a t'il déjà bénéficié d'un P.A.I (projet d'accueil individualisé) :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Votre enfant a t'il déjà bénéficié d'un aménagement particulier lors de sa scolarité en raison de son état de santé ou d'un handicap :</p> <p>PPS (Projet Personnalisé de scolarisation) :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, joindre copie des derniers aménagements/GevaSco.</p>

Joindre la copie du Carnet de vaccination

*Si votre enfant présente des problèmes de santé ou un handicap **nécessitant la mise en place d'un protocole médical**, nous vous prions de bien vouloir vous mettre en relation avec **le service médical** du lycée, afin d'accueillir votre enfant au sein de l'établissement dans les meilleures conditions.*

Date :

Signature du responsable légal :



BULLETIN D'ADHÉSION AU BDE RENOIR 2024-2025

Le Bureau Des Étudiant-e-s de Renoir

est officiellement créé en novembre 2019 par les étudiant-e-s elleux-mêmes.

Leurs buts ? **Créer du lien entre les étudiants** de tous niveaux et de toutes disciplines, **animer la vie étudiante de l'École**. à travers des des évènements divers.

Pour en savoir plus ou nous poser Des questions : Insta : [@bderenoir](#) | Mail : bderenoir@gmail.com

Pourquoi adhérer ?

En adhérant au BDE, **tu profiteras d'avantages** lors des évènements futurs, comme des entrées réduites sur les soirées ou des réductions sur les ventes. Mais surtout, tu aideras **une association étudiante qui déborde d'idées** et de projets.

(Pour les mineurs = L'accès à certaines soirées peut vous être refusé à cause de la présence d'alcool. En contrepartie, vous profitez d'un tarif préférentiel : 6€ au lieu de 8€.)

Ce qu'on a fait en 2023-2024 :

Un **fanzine** et une **exposition** trop cool avec les travaux des étudiants, des **soirées** dans des bars privatisés et dans des boîtes, des **ventes** de viennoiseries et gâteaux, **le marché et l'apéro de Noël**, une **récolte solidaire** pour les plus démunis et un **partenariat avec le café du quartier**.

Exemplaire à remplir par l'adhérent-e

Les paiements se feront par chèque à l'ordre du BDE Renoir (à remettre dans l'enveloppe avec le dossier d'inscription en plus de ce bulletin.)

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Classe :

Téléphone :

E-mail :

Prix : 8€ Prix réduit (pour les -18 ans) : 6€

Tu peux donner 1 ou 2€ de plus si tu souhaites nous soutenir fort ! :)

Date de versement de la cotisation : / /

Date d'expiration de l'adhésion : 30/ 06/ 2025

Exemplaire à remplir par la Présidente du BDE

Exemplaire à conserver par l'adhérent-e

Nom de l'adhérent-e :

s'est acquitté-e de sa cotisation pour l'année 2024-25 pour un montant de euros.

Cette attestation confirme son statut de membre, ouvrant le droit à la participation aux évènements.

Fait à, le / /

Pour l'association BDE RENOIR

Signature de la présidente de l'association **Garance ANGLIO**

mai 2024,

Madame, Monsieur,

pari
Renoir

tarifs adhérent.e.s
à partir de
4 € [élève, étudiant.e]
7 € [profs etc.]
ou +

membre bienfaiteur
à partir de **23 €**.

Assemblée Générale
en avril

→ une association créée en 1991 dont le premier but était de faciliter la réalisation des projets et échanges européens du lycée Renoir, aujourd'hui c'est :
→ un fonds de solidarité destiné aux élèves et étudiant.e.s du lycée ;
→ un soutien aux activités organisées par les équipes pédagogiques.

L'association a financé une partie ou la totalité :
→ de sorties culturelles, partenariats avec les théâtres (sélection de pièces au Théâtre de la Ville et de l'Odéon), visites d'expositions, séances de cinéma...
→ d'intervenants extérieurs,
→ des ateliers, workshops ou projets transversaux, participation aux conférences et divers événements (JDE, CVL, BDE*...).

L'association demeure la solution la plus pratique pour les professeurs du secondaire comme du supérieur car elle peut prendre en charge la totalité ou une partie des frais.

Alors, n'hésitez pas à adhérer à pariRenoir pour alimenter ce fonds de solidarité et faire bénéficier élèves ou étudiant.e.s de cette aide.
Pour l'année 2024/2025, vous pouvez souscrire à l'une de ces formules :

- **membre adhérent** à partir de **4 €** pour les élèves et étudiant.e.s
à partir de **7 €** pour les profs et autres ;
- **membre bienfaiteur** à partir de **23 €**.

pour les membres du bureau,
D. JOURNIAC.

**Journée d'Étude, Conseil Vie Lycéenne, Bureau des Étudiants*

Je souscris à l'Association PARI-RENOIR en tant que

- membre adhérent pour la somme de.....
 membre bienfaiteur pour la somme de.....

NOM
Prénom
Classe

paiement :

- virement** association PARI RENOIR
IBAN : FR82 3000 2004 1600 0000 8623 F94
code B.IC. : CRLYFRPP
ou
 chèque libellé à l'ordre de PARI-RENOIR
elmad Auguste Renoir, 24, rue Ganneron 75018 PARIS
(ou casier pariRenoir, liquide accepté)

merci de toujours préciser **nom,**
prénom et classe
au dos du chèque
ou dans votre virement