

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## 1<sup>ère</sup> ANNEE

### 2023/2024

#### **BTS EN FORMATION INITIALE (BTS EN 2 ANS)**

**NOM :**

**PRENOM :**

| <b>BTS</b>   |                          |
|--|--------------------------|
| BTS ACTION MANAGERIALE (S.A.M.)                    | <input type="checkbox"/> |
| BTS MANAGEMENT COMMERCIAL<br>OPERATIONNEL (M.C.O.) | <input type="checkbox"/> |

#### **Votre dossier de candidature comprend :**

- La photocopie du BAC ou relevé de notes
- Fiche Infirmerie
- Fiche en cas d'urgence
- Fiche intendance
- Photocopie de la carte nationale d'identité recto/verso de l'élève (ou passeport ou autre document d'identité officiel traduit en français)
- RIB responsable FINANCIER
- Copie éventuelle des aménagements obtenus aux épreuves du baccalauréat

Pour les ETUDIANTS-ES boursiers-es du CROUS :  
Notification de la bourse pour l'année 2023/2024



**NB : Aucun dossier incomplet ne sera accepté**



**PARTIE RESERVEE A LA FAMILLE (Renseignements divers)**

***A déposer ou à retourner au lycée de la Vallée du Cailly -  
Inscription BTS - 44 rue du Petit Aulnay 76250 DEVILLE LES  
ROUEN***



**RETENEZ BIEN :**

**LA RENTREE EST FIXEE AU : LUNDI 4 SEPTEMBRE 2023**

Je soussigné(e) (nom, prénom).....

- Certifie exacts les renseignements fournis,
- Déclare avoir pris connaissance :
  - 1) des conditions d'admission
  - 2) du règlement intérieur de l'établissement



Flashez pour  
accéder au  
règlement  
intérieur


***L'inscription auprès de l'établissement vaut une prise de connaissance et d'engagement à respecter le règlement.***

Date :

Signature :

## FICHE SYNTHÈSE

Année scolaire : 2023-2024

| IDENTITE DE L'ELEVE   |   | INE:                         |            |          |   |          |        |          |
|---|---|------------------------------|------------|----------|---|----------|--------|----------|
| Nom de famille : .....<br>Nom d'usage : ..... Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/><br>Prénoms : .....<br>Né(e) le : ____ / ____ / ____ A : .....<br>Pays de naissance : ..... Nationalité : .....   |  |                              |            |          |   |          |        |          |
| COORDONNEES DE L'ELEVE  |   |                              |            |          |   |          |        |          |
| <input type="checkbox"/> L'élève habite chez : .....<br><input type="checkbox"/> Possède sa propre adresse : .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>Code postal : ..... Commune : .....<br>Pays : ..... @ Courriel : .....<br>📞 domicile : ..... 📞 travail : .....<br>📞 mobile : ..... |   |                              |            |          |   |          |        |          |
| SCOLARITES  | Date d'entrée dans l'établissement :  |                              |            |          |   |          |        |          |
| Type d'inscription : ..... Statut de l'élève : .....  |   |                              |            |          |   |          |        |          |
| Année scolaire / Régime   | MEF / Options   | Division                     | Date début | Date fin | Etablissement / DPP                       | Commune  |        |          |
|   |   |                              |            |          |   |          |        |          |
| Régime : .....  |   | Circuit de transport : ..... |            |          | Élève boursier : <input type="checkbox"/> |          |        |          |
| Restauration :  |   | Lundi                        | Mardi      | Mercredi | Jeudi                                     | Vendredi | Samedi | Dimanche |
| Déjeuner  |   |                              |            |          |   |          |        |          |
| Dîner   |   |                              |            |          |   |          |        |          |

**REPRESENTANT LEGAL**Paie les frais scolaires :  A contacter en priorité : Lien avec l'élève : ..... Civilité : Mme  M. 

Nom de famille : ..... Prénom : .....

Nom d'usage : ..... PCS : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Pays : .....

@ Courriel : ..... Communique son adresse aux associations de parents d'élèves :  domicile : .....  travail : ..... mobile : ..... Accepte de recevoir des SMS : **REPRESENTANT LEGAL**Paie les frais scolaires :  A contacter en priorité : Lien avec l'élève : ..... Civilité : Mme  M. 

Nom de famille : ..... Prénom : .....

Nom d'usage : ..... PCS : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : ..... Pays : .....

@ Courriel : ..... Communique son adresse aux associations de parents d'élèves :  domicile : .....  travail : ..... mobile : ..... Accepte de recevoir des SMS : **PERSONNE EN CHARGE**Paie les frais scolaires :  A contacter en priorité : Lien avec l'élève : ..... Civilité : Mme  M. 


Nom de famille : .....

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Pays : ..... @ Courriel : .....

 domicile : .....  travail : ..... mobile : ..... Accepte de recevoir des SMS : **AUTRE PERSONNE A CONTACTER**Lien avec l'élève : ..... Civilité : Mme  M. 

Nom de famille : .....

Nom d'usage : ..... Prénom : .....

 domicile : .....  travail : ..... mobile : ..... Accepte de recevoir des SMS :







 (Si vous le souhaitez, vous pouvez transmettre des informations confidentielles sous enveloppe fermée)

Nom : .....Prénom : .....

Date de naissance : .....Future classe : .....

N° portable de l'élève : ..... N° tél domicile : .....

N° portable père : ..... N° portable mère : .....

N° professionnel et poste des parents : ...../.....

N° d'une personne susceptible de vous prévenir .....

• Votre enfant est-il atteint d'une des maladies suivantes ? **(cocher uniquement si OUI)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> affection respiratoire, cardiaque ou rénale | <input type="checkbox"/> épilepsie               |
| <input type="checkbox"/> allergies (préciser : .....) )              | <input type="checkbox"/> hémophilie              |
| <input type="checkbox"/> asthme                                      | <input type="checkbox"/> maladie de Crohn        |
| <input type="checkbox"/> diabète                                     | <input type="checkbox"/> Autres : préciser ..... |

• Votre enfant bénéficiait-il l'année précédente d'un **PAI** (Projet d'Accueil Individualisé) ?  OUI -  NON

• Votre enfant est-il porteur d'un **handicap** ? OUI – NON **Lequel** ? .....

• Est-il reconnu par la **MDPH** ? (Maison Départementale Personnes Handicapées)  OUI -  NON

Une demande à la MDPH est-elle en cours ?  OUI -  NON

• Votre enfant est-il suivi en **consultation spécialisée** ?  OUI -  NON si oui, lesquelles  
(ex.: psychothérapie, ophtalmologie, ORL, orthopédie, orthophonie....)

Nom et adresse du professionnel qui assure le suivi : .....

• Votre enfant présente-t-il un **trouble des apprentissages** ?  OUI -  NON

Si oui, précisez : .....

Cette information peut-elle être transmise à l'équipe pédagogique ?  OUI -  NON

***Si vous souhaitez des aménagements pédagogiques pour ce trouble des apprentissages, en faire la demande auprès de la direction.***


• Votre enfant bénéficiait-il l'année précédente d'un **PAP** (Plan d'Accompagnement Personnalisé) ?  OUI -  NON

• Prend-il un **traitement** médical **régulièrement** ?  OUI –  NON si oui, lequel .....

• A-t-il subi une **intervention chirurgicale** ?  OUI -  NON

Si oui, laquelle ? et quelle année ?.....

• **Médecin traitant** : nom et n° de téléphone.....

**Vaccinations** : N'oubliez pas **de joindre la photocopie** du carnet de vaccination pour les diphtérie, tétanos polio, **lors de la 1ère inscription dans l'établissement.** 

**Les médicaments doivent être déposés à l'infirmierie avec la photocopie de l'ordonnance.**

**En l'absence de l'infirmière, autorisez-vous un(e) CPE à les donner ?  OUI - NON**





## FICHE INTENDANCE – B.T.S

CLASSE :

NOM :

NE(E) LE :

NATIONALITE :

REGIME :

- EXTERNE

- DEMI-PENSIONNAIRE

- PRESTATION TICKETS

PRENOM :

A

N° PORTABLE :

COURRIEL :

3 jours  4 jours  5 jours

**BOURSE DU CROUS** : .....  OUI  NON

### RESPONSABLE 1 (FINANCIER)

NOM de naissance :

NOM marital :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

N° Sécurité Sociale :

☎ domicile :

☎ portable :

✉ Courriel :

### RESPONSABLE LEGAL 2

NOM de naissance :

NOM marital :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE :

CODE POSTAL :

VILLE :

N° Sécurité Sociale :

☎ domicile :

☎ portable :

✉ Courriel :

# R. I. B. A COLLER\*

**\* LE RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE OU POSTAL est obligatoire pour :  
le responsable légal 1 (financier)**

Ce RIB servira pour tous les remboursements éventuels destinés à familles tels que voyage,  
demi-pension....

Fait à .....

Le .....

Signature des responsables légaux :

Responsable légal financier

Autre responsable légal

**Cette fiche doit impérativement être renseignée pour pouvoir valider  
l'inscription de votre enfant**

# Prestation : créditer sa carte en ligne

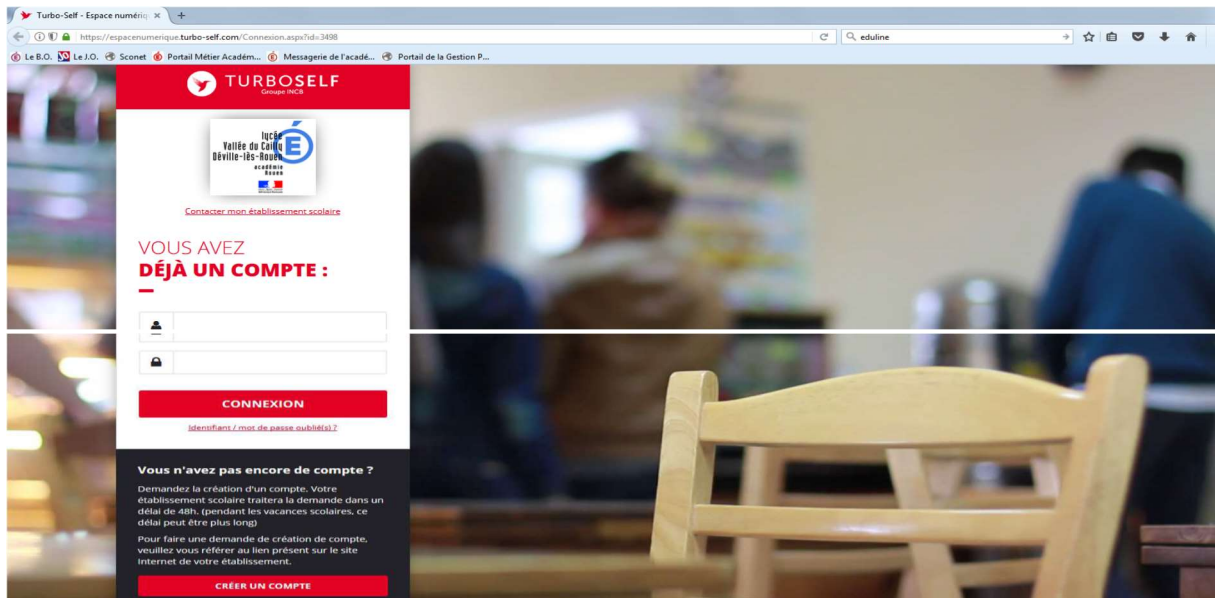
Il est possible pour les élèves à la prestation et les personnels du lycée, de créditer directement leur badge de passage au self (5 repas Minimum) via un site sécurisé sur internet.

La procédure à suivre est la suivante :

- **rendez-vous sur le site internet du lycée** : cliquer sur le lien ci dessous  
Ou sur l'image ci-dessous) :

<http://espacenumerique.turbo-self.com/Connexion.aspx?id=3498>

Vous allez être dirigé vers une fenêtre de connexion **Turbo self**.



- **saisir votre identifiant de connexion et votre mot de passe**  
Communiqués par mail

- **Suivre les instructions** proposées à l'écran

**Si vous ne possédez pas votre identifiant et/ou votre mot de passe :**

Cliquer sur « **Créer un compte** ».

- Saisir les **5 derniers chiffres** indiqués sur le dessus de votre badge d'accès au self : Carte N° 3498-0XXXX
- Saisir une adresse mail valide sur laquelle vos identifiant et mot de passe vous seront adressés sous 48 H.
- A réception, suivre la procédure classique indiquée ci-dessus. A noter :
- **Les comptes ne sont crédités qu'en différé le lendemain matin après 8 heures**, suite à la synchronisation quotidienne des modules.
- Vos identifiants et mot de passe vous garantissent la bonne affectation des sommes versées.
- Un reçu vous est adressé par mail à la fin de chaque paiement

**ATTENTION !!!**

**La réception d'office par mail de vos codes et identifiants ne signifie pas que vous devez régler en ligne mais vous offre la possibilité de pouvoir le faire directement sans avoir à demander de création de compte.**



Moyen de règlement

## PRELEVEMENT AUTOMATIQUE

### Lycée de la Vallée du Cailly

Concerne l'élève :

NOM .....

PRÉNOM .....

Reconduction

Concerne les élèves déjà scolarisés en 2022/2023 au lycée et déjà au prélèvement.

OU

Première demande

Veillez remplir la convention de mandat au verso et joindre un relevé d'identité bancaire.

Serez-vous bénéficiaire de la bourse du CROUS ?  oui  non

L'échéancier correspondant à l'année 2023-2024 vous sera communiqué courant septembre

#### Informations relatives au prélèvement :

- Les prélèvements seront effectués sur 10 mois d'octobre à juillet le 10 de chaque mois.
- L'avis des sommes à payer vous sera adressé **par courriel** à chaque trimestre pour information.
- **Le prélèvement est valable pour toute la scolarité de vos enfants au lycée.**



**Si changement de coordonnées bancaires en cours de scolarité, veuillez remplir une nouvelle convention de mandat et joindre votre nouveau relevé d'identité bancaire.**



### Accès au restaurant scolaire

L'accès au restaurant scolaire se fait au moyen d'un badge offert aux élèves à leur entrée au lycée.

En cas de perte ou de dégradation, les élèves devront acheter un nouveau badge.

### Régime de demi-pension

1- Le **forfait 3 jours** : 3,66 € le repas \* à choisir pour l'année **mais non modifiable**

2- Le **forfait 4 jours** : 3,36 € le repas \* (lundi-mardi-jeudi-vendredi)

3- Le **forfait 5 jours** : 3,22 € le repas \* (lundi-mardi-mercredi-jeudi-vendredi)

4- La **prestation** : 4,10 € le repas \* : carte à créditer à l'avance et repas décomptés lors du passage. Pas de passage possible si crédits insuffisants.

**Votre choix est modifiable jusqu'au lundi 25 septembre 2023**

*\* Tarifs 2022-2023 sous réserve de modifications*

### Moyens de règlement

- Par chèque bancaire
- Par télépaiement (TIPI) paiement par internet pour les élèves au forfait \*
- Par « Paiement en ligne » pour les élèves à la prestation \*
- Par prélèvement automatique (3 mensualités/trimestre) \*
- Par carte bancaire
- Par espèces
- Par virement sur compte bancaire pour les élèves au forfait

*\* voir annexes jointes*



## Fonctionnement de la restauration

1- **Oubli de badge**: se rendre à la borne située dans le couloir du RDC bâtiment A et imprimer un ticket à usage unique

2- **Remises d'ordre** :

Des remises d'ordres sont accordées dans les cas suivants :

a- De plein droit :

- Sortie organisée par l'établissement,
- Voyage scolaire,
- Stage en entreprise
- Fermeture service restauration (décision chef d'Etablissement)
- Exclusion définitive ou temporaire
- Arrêt des cours pour examen.
- Grève (si service de demi-pension fermé)

b- Sur demande écrite de la famille

- Intempérie avec annulation des transports scolaires,
- Absence pour maladie supérieure à 15 jours consécutifs et sur présentation d'un justificatif,
- Non fréquentation en cas de jeûne prolongé

3-**Changement de régime** :

Les changements de régime peuvent intervenir à la fin de chaque trimestre **sur demande écrite**.

Pour des raisons familiales ou de santé, une demande en cours de trimestre pourra être étudiée à titre exceptionnel.

## Nous contacter

Téléphone : 02 32 82 52 00 – demander le service intendance

Courriel : int.0762879S@ac-normandie.fr



## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

**Mandat valable pour le paiement de toutes les prestations dues à l'établissement (restauration, voyages...)**

En signant ce formulaire, vous autorisez LYCEE VALLEE DU CAILLY à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de LYCEE VALLEE DU CAILLY.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé(e) par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA

FR87ESD564

NOM ET PRENOM DE L'ELEVE :

### DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

### DESIGNATION DU CREANCIER

Nom :

LYCEE VALLEE DU CAILLY

Adresse :

Rue du PETIT AULNAY

Code postal :

76250

Ville :

DEVILLE LES ROUEN

Pays :

FRANCE

### DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

#### IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

#### IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

Type de paiement :

Paiement récurrent / répétitif :

Paiement ponctuel :

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (au format IBAN/BIC)**

#### Rappel :

En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par LYCEE VALLEE DU CAILLY. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend avec LYCEE VALLEE DU CAILLY.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.