

Madame, Monsieur,

Votre enfant est admis en classe de **Première, Terminale générale, technologique ou professionnelle, et 2CAP2** au LPO HB de Grand-Bourg Marie-Galante pour l'année scolaire **2024/2025**

Il devra OBLIGATOIREMENT se présenter au lycée en compagnie d'un parent selon le calendrier suivant :

Classes	Jours	Horaire
2de Pro vers 1 ^{ère} Pro 1CAP2 vers 2 CAP2	Lundi 1 ^{er} juillet 2024	de 8h à 12h30
1 ^{ère} GT vers Tle GT	Mardi 2 juillet 2024	de 7h30 à 12h30
1 ^{ère} Pro vers Tle Pro	Vendredi 5 Juillet 2024	de 7h30 à 12h30
2 GT vers 1 GT	Mercredi 3 juillet 2024	de 7h30 à 12h30
Retardataires	Jeudi 4 juillet 2024	de 8h à 12h30

PIECES A FOURNIR :

Fiche de renseignements à corriger sur place
2 photos d'identité obligatoires. (Épaules couvertes, sans couvre-chefs, ni coiffe, ni piercing,)
L'attestation d'assurance scolaire 2023-2024,
Photocopie du carnet de santé mentionnant la validité de la vaccination.
Adhésion à la Maison des lycéens : cotisation de 5 euros
Frais obligatoire pour le badge : 2.5 euros à la gestion

Cotisation volontaire et solidaire à l'Association Sportive : 20 euros

Obligatoire le jour de la réinscription pour les classes d'examen :

- La photocopie de la carte d'identité ou passeport en cours de validité.
- La photocopie de l'attestation de recensement ou de la J.D.C (*élèves de 16 ans et plus*)
- La photocopie du relevé de notes du BAC/CAP pour les redoublants de Terminale

NB : Les élèves qui n'auront pas procédé à leur réinscription entre le 1er juillet et le 12 juillet 2024 ne seront pas accueillis le jour de la rentrée. Merci de respecter ce calendrier.

AUCUNE PHOTOCOPIE NE SERA FAITE EN VIE SCOLAIRE

TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ.

Le Proviseur

J C ABATAN



FICHE D'OPTIONS

TERMINALE Générale et Technologique

Année scolaire: 2024-2025

Identification de l'élève

NOM :Prénom :.....

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

Email obligatoire: Tél Portable obligatoire: 0590 690

Langues vivantes	Terminale Générale	Terminale Technologique
LV1	Anglais <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/>	Anglais <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/>
LV2	Anglais <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/>	Anglais <input type="checkbox"/> Espagnol <input type="checkbox"/>
LV9	Euro <input type="checkbox"/>	
Spécialités obligatoires	- -	Gestion-Finance <input type="checkbox"/> Ressources humaines <input type="checkbox"/>
Options facultatives	Maths experts <input type="checkbox"/> Maths complémentaires <input type="checkbox"/> DGEMC Droit et grands enjeux du monde contemporain <input type="checkbox"/>	
Options facultatives	ARTS PLASTIQUES <input type="checkbox"/> LVR (langue vivante régionale) Kreyol <input type="checkbox"/>	ARTS PLASTIQUES <input type="checkbox"/> Kreyol <input type="checkbox"/>
Euro DNL (Hstoire-Géographie)	Oui <input type="checkbox"/>	

Signature élève

Signature parents

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Année scolaire: 2024/2025

Formation (2de/1ere/Tale/1CAP/2CAP) : Classe:

Les champs suivis d'un astérisque (*) comportent des précisions utiles pour remplir la fiche

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom de famille * : Sexe : F M

Nom d'usage * : Né(e) le * : / /

Prénom 1 * : Prénom 2 : Prénom 3 :

Commune de naissance : Département de naissance * :

Pays de naissance : Nationalité :

Nom de famille : nom de naissance, obligatoire
Prénoms : dans l'ordre de l'état civil

Nom d'usage : uniquement pour le nom d'époux/épouse
Né(e) le : sous la forme JJ/MM/AAA

REPRESENTANT LEGAL *

A contacter en priorité :

Lien avec l'élève * : Civilité : Mme M.

Nom de famille :

Nom d'usage : Prénom :

Profession ou catégorie socio-professionnelle :

Adresse :

Code postal : Commune :

Pays : @ Courriel :

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves :

 domicile :

 travail :

 mobile : J'accepte de recevoir des SMS :

REPRESENTANT LEGAL *

A contacter en priorité :

Lien avec l'élève * : Civilité : Mme M.

Nom de famille :

Nom d'usage : Prénom :

Profession ou catégorie socio-professionnelle :

Adresse :

Code postal : Commune :

Pays : @ Courriel :

J'accepte de communiquer mon adresse (postale et électronique) aux associations de parents d'élèves :

 domicile :

 travail :

 mobile : J'accepte de recevoir des SMS

PERSONNE AYANT LA CHARGE EFFECTIVE DE L'ELEVE *A contacter en priorité : Lien avec l'élève * : Civilité : Mme M.

Nom de famille : Prénom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Pays : @ Courriel :

 domicile : travail : mobile :J'accepte de recevoir des SMS : **COORDONNEES DE L'ELEVE**

L'élève habite chez* :

Ou a sa propre adresse :

Code postal : Commune :

Pays : @ Courriel :

 domicile : travail : mobile :J'accepte de recevoir des SMS :

L'élève habite chez : n'indiquer qu'un seul responsable parmi les représentants légaux ou la personne en charge, même dans le cas où l'élève habite chez ses deux parents, ensemble ou séparément.

AUTRE PERSONNE A CONTACTERLien avec l'élève * : Civilité : Mme M.

Nom de famille :

Nom d'usage : Prénom :

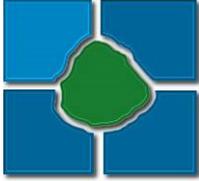
 domicile : travail : mobile :J'accepte de recevoir des SMS :

Je certifie l'exactitude des informations renseignées ci-dessus.

Date : .. / .. / ..

Signatures parents:

Elève:



CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE
Morne Ducos
97112 GRAND-BOURG M/GALANTE
FINESS : 97 0100 426 – SIRET : 269 710 406 000 19

Service des urgences
Tel 05 90 97 65 40 – Fax 05 90 97 65 41

Je soussigné(e)

.....

Né(e) le/...../..... à

Père / mère de l'enfant :

....., né(e) le/...../.....

à

Autorise, M. / Mme

Né(e) le/...../..... à

Domicilié à

A prendre toutes les décisions médicales nécessaires à la santé de mon enfant en cas d'urgence.

Cette autorisation prend effet

Du au

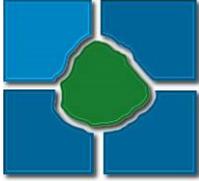
Période durant laquelle il ou elle sera sous sa garde.

La présente autorisation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Signature :

Le

Joindre la photocopie de la pièce d'identité du parent.



CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE
Morne Ducos
97112 GRAND-BOURG M/GALANTE
FINESS : 97 0100 426 – SIRET : 269 710 406 000 19

Service des urgences
Tel 05 90 97 65 40 – Fax 05 90 97 65 41

AUTORISATION D'OPERER POUR UN MINEUR

Je soussigné(e)

Monsieur, Madame.....

Né(e) le à

Accepte de faire subir une opération sous anesthésie (locale, locorégionale ou générale) à mon enfant mineur(e) :

.....,

né(e) le à

La présente autorisation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Grand-Bourg, le

Signature :

Joindre la photocopie de la pièce d'identité du parent.



FORMULAIRE DU DROIT A L'IMAGE

Je soussigné(e), _____

Parent /tuteur légal de _____

Etablissement _____

Ville _____ Code postal _____

Autorise mon fils/ma fille (prénom + nom) _____

à prendre part aux projets du lycée Hyacinthe BASTARAUD

J'autorise lors de la manifestation :

- à photographier, filmer ou enregistrer la voix de mon fils/ma fille seul(e) ou avec d'autres lors de la journée
- à utiliser l'image et la voix de mon fils/ma fille sur tout type de média (TV, radios, journaux, livrets d'information, sites web, CD ROMs, vidéo cassettes, documents promotionnels, magazines ...), tous types de format, entièrement ou partiellement en France ou à l'étranger. Cette autorisation est valable pour la communication externe et interne ultérieure des organismes concernés pour l'année scolaire en cours.

La permission est accordée aux conditions que la vie privée et l'intégrité de l'image de mon fils/ma fille ne seront pas violés. Les bénéficiaires de cette permission sont en particulier expressément interdits d'utiliser l'image de mon fils/ma fille dans tout média de nature pornographique, raciste ou xénophobe, ou pour toutes autres utilisations malveillantes.

Fait le _____, à _____

Signature du Parent

Signature de l'élève

Autorisation parentale d'enregistrement et d'utilisation de l'image/la voix d'une personne mineure

La présente demande est destinée à recueillir le consentement et les autorisations nécessaires dans le cadre de l'enregistrement, la captation, l'exploitation et l'utilisation de l'image des élèves (photographie, voix) quel que soit le procédé envisagé. Elle est formulée dans le cadre du projet spécifié ci-dessous et les objectifs ont été préalablement expliqués aux élèves et leurs responsables légaux.

Vu le Code Civil (article 9), la Déclaration universelle des droits de l'homme (article 12), la Convention européenne des droits de l'homme (article 8) et la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (article 7)

Vu le règlement général européen N°2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation des données (RGPD) et à la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 modifiée le 29 juin 2018 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

École ou établissement scolaire : LYCEE HYACINTHE BASTARAU

Tél. 0590 97 90 42

Code postal / Commune : 97112 GRAND-BOURG

Année scolaire : 2023 - 2024

Classe de : _____

1- Finalités envisagées

Gestion administrative, activités pédagogiques,

Merci de détailler autant que possible les différentes finalités envisagées et de les compléter si besoin :

2- Désignation du projet audio-visuel

Projet : « _____ »

Titre de l'œuvre si applicable : _____

L'enregistrement aura lieu aux dates/moments et lieux indiqués ci-après.

Date(s) d'enregistrement _____ Lieu(x) d'enregistrement : _____

La présente autorisation est consentie à titre gratuit. Le producteur de l'œuvre audiovisuelle créée ou le bénéficiaire de l'enregistrement exercera l'intégralité des droits d'exploitation attachés à cette œuvre/cet enregistrement. L'œuvre/l'enregistrement demeurera sa propriété exclusive. Le producteur/le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de céder les présentes autorisations à un tiers.

* Le cas échéant

3- Modes d'exploitation envisagés

Autorisation*	support	Conservation	endue de la diffusion
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Gestion administrative Logiciel de vie scolaire	1 année scolaire	Personnels administratifs, équipe pédagogique et vie scolaire
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Trombinoscope	1 année scolaire	Personnels administratifs, équipe pédagogique et vie scolaire, élèves de l'établissement.
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Pour un usage collectif dans sa classe	1 année scolaire	Personnels administratifs, équipe pédagogique et vie scolaire, élèves de l'établissement
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	En Ligne	1 année scolaire	Site avec accès réservé (ENT, plateforme, extranet ...) Précisez le(s) site(s) :

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	En Ligne	1 année scolaire	Internet (monde entier) Précisez le(s) site(s) :
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Support de stockage amovible	1 année scolaire	Précisez les destinataires du support :
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Projection collective	1 année scolaire	<input type="checkbox"/> Usage collectif dans les classes des élèves enregistrés <input type="checkbox"/> Autres usages institutionnels à vocation éducative, de formation ou de recherche. <input type="checkbox"/> Usages de communication externe de l'institution.
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Autre (précisez)	1 année scolaire	Précisez les destinataires :

* Cocher les cases

4- Consentement de l'élève

On m'a expliqué et j'ai compris à quoi servait ce projet.

On m'a expliqué et j'ai compris qui pourrait voir cet enregistrement.

Et je suis d'accord pour que l'on enregistre, pour ce projet, mon image ma voix.

Nom prénom de l'élève :

Signature :

5- Autorisation parentale

Je (Nous) soussigné(e)(s) :

Demeurant :

Et

Demeurant :

Agissant en qualité de représentant(s) légal(aux) de :

Je reconnais être entièrement investi de mes droits civils à son égard. Je reconnais expressément que le mineur que je représente n'est lié par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de son image et/ou de sa voix, voire de son nom et

autorise(ons) la captation de l'image / de la voix de l'enfant et l'utilisation qui en sera faite par son école / établissement scolaire.

n'autorise(ons) pas la captation de l'image / de la voix de l'enfant.

Merci d'écrire lisiblement le mot « **REFUS** » :

Fait à

Le Signature (s) :

6- Pour exercer vos droits

Les données recueillies au sein de ce formulaire font l'objet d'un traitement par Le chef d'établissement

afin de répondre à une mission d'intérêt public. Ces données ne sont pas conservées au-delà de l'année scolaire relative à la présente autorisation. Les informations vous concernant ainsi que votre enfant ne sont transmises qu'aux seules personnes en charge du traitement de la présente autorisation.

Vous disposez d'un droit d'accès aux données vous concernant, d'un droit de rectification, d'un droit d'opposition et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Vous disposez également d'un droit à l'effacement concernant l'image/la voix enregistrée et utilisée dans le cadre décrit ci-dessus.

Pour exercer vos droits ou pour toute question sur le traitement de vos données, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse suivante: dpd@ac- Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL, en ligne sur www.cnil.fr ou par voie postale à l'adresse suivante : 3 place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS Cedex 07

Fait en autant d'originaux que nécessaire (représentants légaux, organisateur projet et établissement scolaire).