



Tu me dis, j'oublie .

Tu m'enseignes, je me souviens.

Tu m'impliques, j'apprends .



SAINT GEORGES DE L'OYAPOCK

406 route nationale 2 - 97313 Saint-Georges de l'Oyapock

Tél : 05 94 37 02 09 - Fax : 05 94 37 00 46

Mail collège : 9730173a@ac-guyane.fr - Mail lycée : ce.9730572j@ac-guyane.fr

Site : <https://clg-chlore-constant.eta.ac-guyane.fr/>

Nom – Prénom de l'assistant d'éducation traitant le dossier : _____

Dossier rendu le : _____

FICHE D'INSCRIPTION LYCÉE Année scolaire 2026-2027

IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

NOMS :

PRÉNOMS :

Email :

Portable :

SEXE : F M

Né(e) le :// à

PAYS ou DÉPARTEMENT :

NATIONALITÉ :

SCOLARITÉ

CLASSE : 2nde GT Option arts plastiques Option EPS Sans option

Indiquer le choix d'option par ordre de préférence.

- 2nde Pro Métiers de la Relation Client
- 1^{ère} année CAP Équipier Polyvalent du commerce
- 2nde Pro Métiers des Transitions Numérique et Énergétique
- 1^{ère} année CAP Électricien
- 1^{ère} année CAP Scierie

Redoublant ULIS lycée

Deuxième langue vivante (portugais, espagnol) pour élèves de 2nde GT et de 2nde MRC

LV1 : ANGLAIS

LV2 : PORTUGAIS

ESPAGNOL

Demi-Pension : oui non

Internat : oui non

SCOLARITÉ PRÉCÉDENTE (2025/2026) :

Classe : Établissement fréquenté :



INSCRIPTIONS LYCÉE 2025 – 2026

PIÈCES À FOURNIR

INSCRIPTIONS des nouveaux élèves :

Obligatoire	Facultatif
<ul style="list-style-type: none"> - Photocopie de l'extrait de naissance de l'élève en français ou du livret de famille - Photocopie de la carte d'identité ou du passeport de l'élève - Photocopie de la carte d'identité ou passeport du responsable légal ou à défaut du titre de séjour - 4 photos d'identité - Justificatif de domicile (quittance EDF ou Eau ou téléphone de moins de 3 mois) au nom du responsable légal. Si vous habitez chez une personne, le justificatif, le numéro de téléphone ainsi que la photocopie de la carte d'identité, du passeport ou du titre de séjour de cette personne. - Photocopie du carnet de vaccination et attestation des vaccins à jour : BCG, DTP, FIEVRE JAUNE, ROR, HEP(B) - Un EXEAT remis par l'établissement d'origine - La notification d'affectation - Fiche d'urgence complétée 	<ul style="list-style-type: none"> - Attestation assurance scolaire (facultative) - Pour les parents séparés ou divorcés : photocopie du dernier extrait de jugement qui justifie l'autorité parentale et le lieu de résidence de l'élève - Pour les parents qui confient la garde et l'hébergement à un membre de la famille. Lettre + CI - Photocopie de la décision de justice en cas de placement ou d'adoption de l'élève - Autorisation de soins CMP complétée - Fiche d'adhésion à la MDL (maison des lycéens)

ATTENTION

Les familles doivent amener les copies de chaque document demandé (il ne sera fait aucune copie au lycée). Les enfants et la personne hébergeant doivent être présents avec leurs responsables légaux. Tout dossier incomplet sera refusé.

Dans le cadre des projets des élèves du lycée (stage en entreprise) avec le Brésil, nous vous conseillons de demander une carte transfrontalière pour votre enfant.

FICHE VIE SCOLAIRE

RESPONSABLE LÉGAL 1 (parent qui perçoit la bourse)

NOMS : Père Mère

Prénoms : Tuteur légal

Adresse complète :

.....

Profession :

Téléphone (Obligatoire)

Domicile : 05 94 Travail : 05 94

Portable : 06 94..... Voisin(e) / Autre :

Nombre d'enfant(s) à charge :

Noms et prénoms des enfants inscrits au collège :

.....

.....

Ordinateur/Tablette à domicile : Oui Non Accès internet au domicile : Oui Non

E-mail (adresse internet) du responsable 1 :

RESPONSABLE LÉGAL 2

NOMS : Père Mère

Prénoms : Tuteur légal

Adresse complète :

.....

Profession :

Téléphone (Obligatoire)

Domicile : 05 94 Travail : 05 94

Portable : 06 94..... Voisin(e) / Autre : 06 94.....

E-mail (adresse internet) du responsable 2 :

CORRESPONDANT

NOMS : Prénoms :

Lien avec l'élève :

Adresse :

.....

Téléphone :

Domicile : 05 94 Travail : 05 94

Portable : 06 94 Accès internet au domicile : Oui Non

Date et signature du (des) responsable(s) légal (aux) :



VISITE MEDICALE OBLIGATOIRE POUR LES ELEVES MINEURS INSCRITS DANS LES FORMATIONS PROFESSIONNELLES

Cette visite effectuée par le médecin scolaire concerne les élèves mineurs au Lycée Professionnel.

En milieu professionnel, certains travaux sont considérés comme dangereux par le code du travail et donc interdits aux jeunes travailleurs de moins de 18 ans. (Ex : travaux en hauteur, exposition à la poussière d'amiante, à certains agents biologiques, à la chaleur, au froid, conduite d'engins...)

En conséquence, avant toute affectation du jeune à ce type de travaux, l'élève doit bénéficier :

- D'une formation à la sécurité,
- D'une visite médicale par le médecin scolaire.

Elle est obligatoire avec délivrance d'un avis médical d'aptitude pour ces travaux réglementés (dispensée par l'établissement formateur)

Cette visite médicale permet d'apprécier si l'état de santé physique ou psychologique du jeune ne contre indique pas son affectation à tel ou tel type de travaux. (Ex : scoliose - port de charges lourdes ; allergies).

Entre autre, un examen de la vue et de l'audition sera fait, ainsi que la vérification de la validité des vaccinations.

Au décours de cette visite médicale, un avis d'aptitude est rendu à l'établissement et les parents de l'élève en sont informés. Cet avis est renouvelé chaque année jusqu'à ses 18 ans.

Signature des parents / tuteurs :
Précédée de la mention "lu et approuvé"



Tu me dis, j'oublie .
Tu m'enseignes, je me souviens.
Tu m'impliques, j'apprends .



SAINT GEORGES DE L'OYAPOCK

406 Route Nationale 2 – 97313 Saint-Georges de l’Oyapock

Tél. : 0594 37 02 09

Mail collège : ce.9730173a@ac-guyane.fr

Mail lycée : ce.9730572j@ac-guyane.fr

Site : <https://clg-chlore-constant.eta.ac-guyane.fr/>

AUTORISATION DE SOINS

Élève (nom, prénom et date de naissance) :

.....

Classe :

Je soussigné,

Responsable légal 1 (nom, prénom et date de naissance) :

.....

Responsable légal 2 (nom, prénom et date de naissance) :

.....

Autorise l’infirmière de l’établissement scolaire de Saint-Georges de l’Oyapock à pratiquer des actes de soins médicaux sur mon enfant.

Signature responsable légal 1 :

Signature responsable légal 2 :

Date :

Date :

Fiche d'urgence à l'intention des parents

A localiser à la vie scolaire pour les EPLE et chez le directeur pour les écoles (procédure académique du 20/02/2024)

Nom de l'établissement :

Année Scolaire : 2025 - 2026

Nom de l'élève : Prénom :

Classe : Date de naissance :

Nom et adresse des parents ou du représentant légal :

N° et adresse du centre de Sécurité Sociale :

N° et adresse de l'assurance scolaire :

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

N° de téléphone du domicile : N° du père :

N° de la mère :

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

❖ *Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitement en cours, précautions particulières à prendre) :*

.....
.....
.....

❖ *En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté (par le médecin régulateur du SAMU) et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.*

VACCINATIONS OBLIGATOIRES POUR L'INSCRIPTION A L'ECOLE

Les élèves sont priés d'inscrire la date du dernier vaccin.

❖ Date du dernier vaccin antitétanique (D.T.P ou D.T.C.P) :

❖ Date du vaccin contre la fièvre jaune :

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

** DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire.*

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement

AUTORISATION DE SUIVI / DE SOINS AU C.M.P



Concernant l'enfant :

Nom / Prénom :

Né(e) le :

Je soussigné(e) Mme/M.

.....

Adresse :

.....

Téléphone :

Lien de parenté avec l'enfant :

Mère Père Autre personne ayant l'autorité parentale ou délégation

Merci de cocher les items pour lesquels vous donnez votre autorisation

- Autorise l'équipe du Centre Médico-Psychologique de Saint-Georges (CMP-STG) du Centre Hospitalier de Cayenne à prendre en soins mon enfant au CMP-STG.
- Autorise l'équipe du CMP-STG à proposer dans le cadre du projet thérapeutique de mon enfant, des activités extérieures (sorties thérapeutiques, ...).
- Autorise l'équipe du CMP-STG à contacter le service des urgences du Centre Hospitalier de Cayenne, pour des soins qui s'avèreraient nécessaires et urgents.
- Autorise l'équipe du CMP -STG à échanger avec les différents partenaires prenant en charge mon enfant (établissement scolaire, PMI, CMPP, PJJ, ASE). L'équipe s'engage à vous informer systématiquement des contacts qui auraient été pris.

Saint-Georges, le

Signatures (**obligatoire**)

Le père

La mère

Autre personne ayant
l'autorité parentale