

CHOIX OPTION

ÉLÈVE AFFECTÉ À LA RENTRÉE 2026

1ère GÉNÉRALE UNIQUEMENT

IDENTITÉ ÉLÈVE :

Nom :

Prénoms :

Né(e) le :

Classe fréquentée en 2025-2026 :

Lycée fréquenté :

LVA :

LVB :

Quelle option ou enseignement spécifique (DNL), souhaitez-vous conserver en 1ère ?

DNL maths/anglais (**uniquement si suivi en 2GT**)

ou

LV3 chinois (**possible même si non suivie en 2GT**)

ou

Créole (**possible même si non suivi en 2GT**)

ATTENTION : les modifications d'option ne seront pas possibles à la rentrée 2026

Signature des parents (OBLIGATOIRE)

Signature élève (OBLIGATOIRE)

NOM :

PRÉNOM :

NIVEAU DE CLASSE 2026/27:

FICHE CYCLONIQUE

Année 2026/2027

Je soussigné(e) M. / Mme.....

demeurant au

COMMUNE : 974

Numéro tél :

Autorise mon enfant en cas d'alerte cyclonique à (une seule case à cocher) :

Rentrer par ses propres moyens si aucun passage dangereux.

Utiliser le transport scolaire (*entourer la mention utile*):

CIVIS – CINOR – CIREST – CASUD - TCO

Attendre dans l'établissement l'arrivée des parents OU de M. / Mme
(*personne de confiance*)

.....
(*Dans le cas où le lycée serait dans l'obligation de fermer pour raison de sécurité et si l'élève n'a pas été récupéré dans les 2 heures qui suivent le déclenchement de l'alerte, il sera dirigé vers le centre d'hébergement le plus proche.*)

Les INTERNES seront pris en charge par les correspondants :

Nom/Prénom :

Numéro tél :

Adresse complète :



En fonction du danger, l'établissement se réserve le droit de prendre les mesures nécessaires afin de garantir la sécurité des élèves.

Signature des parents (OBLIGATOIRE)

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

Nom : Prénom(s) :

Niveau de Classe (en 2026/27) : Date de naissance :

Nom et adresse des parents (ou du représentant légal) :
.....
.....

En cas d'accident, l'établissement doit pouvoir contacter la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant tous les numéros de téléphone auxquels nous pourrions vous joindre rapidement :

Contact téléphonique de la mère (ou représentant légal) Contact téléphonique du père (ou représentant légal)
Domicile : Domicile :

Portable : Portable :

Travail : Travail :

Nom et n° de téléphone d'une autre personne susceptible de vous prévenir rapidement (voisins, amis,...) :
.....
.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est pris en charge par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est avertie dans les meilleurs délais. L'élève mineur devra sortir de l'hôpital accompagné de sa famille.

A :

Le :

**Signature des parents :
(ou représentant légal)**

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Votre enfant a-t-il :

- Un problème de santé : OUI NON Si oui, lequel.....
- Un traitement en cours : OUI NON Si oui, lequel.....
- Une allergie alimentaire ou autre : OUI NON Si oui, laquelle.....
- Un suivi particulier :
 - Orthophoniste
 - Psychologue
 - Kinésithérapeute
 - Autre Lequel :
- Date du dernier rappel de vaccin antitétanique : (Le dernier rappel doit avoir été fait entre 11 et 13 ans)

TSVP ↘

POUR ACCOMPAGNER SA SCOLARITE, VOTRE ENFANT DISPOSE-T-IL

- D'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé) *Merci de prendre contact avec l'infirmière pour sa mise en place.*
- D'un PAP (Projet d'Accompagnement Pédagogique)
- D'un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)
- Un dossier MDPH

Pour tout aménagement, merci de nous fournir les documents dès la rentrée.

Si votre enfant doit prendre un traitement sur le temps scolaire, merci de bien vouloir fournir à l'infirmière :

- L'ordonnance,
- Le(s) médicament(s),
- L'autorisation ci-dessous datée et signée :

***Madame, Monsieur, autorise l'infirmière à
administrer le traitement à mon enfant (selon l'ordonnance fournie).***

Date

Signature

INSCRIPTION RESTAURATION 2026-2027

Le Conseil Régional par délibération a fixé les tarifs pour 2026 en date du 02/12/2025

	Août à décembre 2026	Janvier à Mars 2027	avril à juin 2027	total annuel
cochez la case (1 choix possible)	tarifs	tarifs	tarifs	tarifs
DP4 JOURS <input type="checkbox"/>	63 €	27€	46 €	136€
DP 5 JOURS <input type="checkbox"/> (y compris mercredi)	78€	34 €	58€	170€
INTERNE LYCEE A. VOLLARD <input type="checkbox"/>	374,40 €	163.20€	278.40€	816€
INTERNE/EXTERNE (LFM/LBO) <input type="checkbox"/>	Voir lycée d'origine			

Les tarifs sont susceptibles d'être modifiés pour l'année 2027

L'accès au self se fait par QR CODE à l'aide de l'application Myturbosef : l'élève doit fournir son mail personnel sur lequel il recevra un message pour la création de son QR CODE.

Les anciens élèves gardent le même QRCODE.

L'inscription en qualité de demi-pensionnaire est valable pour la durée de l'année scolaire.

Tout changement de régime doit se faire par écrit au service Gestion soit 21 jours avant le trimestre suivant.

Le règlement intérieur du service restauration et hébergement consultable dans le carnet de correspondance de l'élève.

Les frais de demi-pension sont FORFAITAIRES, selon le découpage exposé ci-dessus.

La facture est transmise par mail au responsable LEGAL FINANCIER.

REGIME ALIMENTAIRE PARTICULIER : cf règlement intérieur du service annexe d'hébergement

Le service de restauration est dans l'impossibilité de répondre aux divers régimes médicaux et personnalisés cependant une alternative végétarienne est proposée (poisson, œuf) chaque jour.

En cas d'allergie alimentaire connue, un certificat médical d'un allergologue devra être remis à l'infirmière de l'établissement.

Je soussigné(e) : Mr - Mme :représentant légal de

Nom de l'élève : Prénoms

Mail de l'élève (pour le QR Code):

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance

classe fréquentée à la prochaine rentrée scolaire 2026-2027 :

demande l'inscription de mon enfant à la demi-pension à compter de la rentrée 2026-2027 (cochez le forfait choisi dans le tableau ci-dessus)

A Saint Pierre, le

Signature du représentant légal