

DOSSIER D'INSCRIPTION 2026-2027

Nom..... Prénom Classe*

**Le passage dans la classe supérieure est sous réserve de la décision du Conseil de Classe.*



Dossier à remettre à la secrétaire uniquement
TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REFUSÉ

| PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Photocopie des pièces d'identité de l'élève et des responsables | <input type="checkbox"/> |
| Photocopie du livret de famille | <input type="checkbox"/> |
| Attestation CAF indiquant le quotient familial | <input type="checkbox"/> |
| Dernier avis d'imposition ou de non-imposition | |
| Relevé d'identité bancaire (RIB) du responsable financier | <input type="checkbox"/> |
| RIB de l'élève en classe de CAP | <input type="checkbox"/> |
| Attestation de responsabilité civile (à demander à votre assurance) | <input type="checkbox"/> |
| Pour les élèves concernés : notifications MDPH, GevaSco, PAI, PAP, aménagement d'examen | <input type="checkbox"/> |
| Pour les élèves concernés : fiche « élève pris en charge par un service social » | <input type="checkbox"/> |
| Pour les élèves concernés : documents précisant la responsabilité légale et financière (jugement de divorce, décision ASE...) | <input type="checkbox"/> |
| Dans l'enveloppe infirmerie | |
| Dossier « santé » | <input type="checkbox"/> |
| Attestation de droits à l'assurance maladie | <input type="checkbox"/> |
| Attestation de mutuelle / assurance santé / complémentaire santé solidaire | <input type="checkbox"/> |
| Pages vaccinations du carnet de santé | <input type="checkbox"/> |

Identité et coordonnées de l'élève

Nom : Sexe (M ou F)

Prénoms (souligner le prénom usuel) :

Date de naissance : Nationalité :

Lieu de naissance : Ville Département ou Pays

L'élève habite : chez ses parents / sa mère / son père (rayer les mentions inutiles)
 en garde alternée
 autre (préciser) :

Numéro de téléphone portable de l'élève (s'il en a un) :

Adresse mail de l'élève (s'il en a une) : @

Dossier MDPH : OUI NON**Etablissement de l'année précédente (2025-2026)**

Classe :

Etablissement (école, collège...) :

Ville : Département :

Nom du professeur référent ou principal :

Frères et sœurs (éventuellement demi-frères et sœurs présents au domicile)

| NOM Prénom | Date de naissance | Établissement (école, collège, lycée) à la rentrée 2026 | Interne ou DP ou externe |
|------------|-------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

S'il y a plus de 5 frères et sœurs, compléter sur papier libre

Représentant légal A → sera contacté en priorité

Nom : Prénom :

 Mère Père Service social Autre :

Adresse :

Code postal : Commune : Pays

Téléphone portable : Mail@.....

Téléphone fixe : Téléphone travail :

Nombre total d'enfants à charge : Situation familiale :

Profession :

Accepte :

- de recevoir des SMS (en cas d'absence ou retard) oui non
- de donner ses coordonnées aux associations de parents d'élèves oui non

Représentant légal B

Nom : Prénom :

 Mère Père Service social Autre :

Adresse :

Code postal : Commune : Pays

Numéro de téléphone portable : Adresse mail@.....

Numéro de téléphone maison : Numéro de téléphone travail :

Nombre total d'enfants à charge : Situation familiale :

Profession

Accepte :

- de recevoir des SMS (en cas d'absence ou retard) oui non
- de donner vos coordonnées aux associations de parents d'élèves oui non

Autre personne à contacter (en cas d'urgence)

Nom : Prénom :

 Frère/ sœur Oncle/ tante Service social Autre :

Adresse :

Code postal : Commune : Pays :

Numéro de téléphone portable : Adresse mail@.....

Accepte de recevoir des SMS oui non**Accompagnement par un service éducatif**

Votre enfant est-il suivi par un service éducatif (SEMO, APASE, réussite éducative...) ?

 oui non → **Si oui**, compléter la fiche « élève suivi par un service éducatif ».

Fiche autorisations / adhésions

RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Le règlement intérieur de l'établissement et ses annexes sont consultables sur le site de l'établissement www.ereamagda.fr et au secrétariat.

Chaque famille et élève doivent en prendre connaissance car l'inscription vaut acceptation du règlement intérieur :

- **l'élève s'engage à le respecter,**
- **les responsables s'engagent à le respecter et à le faire respecter à l'élève.**

AUTORISATIONS

J'autorise l'ÉREA à réaliser et à utiliser des enregistrements (photo, vidéo, voix) de mon enfant pour des communications ou des événements :

- internes à l'établissement : OUI NON
- externes à l'établissement : OUI NON

J'autorise les personnels de l'ÉREA à transporter mon enfant dans un véhicule de l'établissement (sorties scolaires, recherche de stages, etc.) OUI NON

ADHÉSIONS FACULTATIVES

Pour les collégiens, l'ÉREA Magda propose un kit de fournitures scolaires dont le tarif n'est actuellement fixé que pour les 6^e : 30€.

(Pour 5^e, 4^e, 3^e, à titre d'information, les années précédentes, il était proposé à 30€ également)

Si vous êtes intéressés, il conviendra de vous rapprocher de la gestionnaire de l'établissement à la rentrée.

Je souhaite inscrire mon enfant à l'activité football dispensée en extérieur par l'Association sportive :

OUI NON

Règlement :

- Chèque de 10 € à l'ordre de « l'Association sportive ÉREA Magda »
- Paiement en espèces auprès du professeur d'EPS

Signature de l'élève

Signature des responsables légaux

FICHE INTENDANCE

Année scolaire : 2026-2027

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom de famille : Classe :

Prénom : Régime :

DESIGNATION DU RESPONSABLE FINANCIER

 **Le responsable financier est la personne qui reçoit les aides (bourses et primes d'internat) et qui paie les frais scolaires**

NOM : **PRENOM :**

 **Le nom et le prénom doivent être les mêmes que sur le RIB**

LIEN AVEC L'ELEVE :

Mère Père Tuteur Organisme :

COORDONNEES :

Adresse :

Code postal : Commune : Pays :

Téléphone : Mail :

RIB

Coller le RIB lisible du responsable financier

ÉTUDE AUTOMATIQUE DU DROIT À BOURSE

Désormais, l'examen du droit à la bourse scolaire est automatisé. Vous n'avez plus à fournir de demande papier et d'avis fiscaux. Il suffit de compléter les informations ci-dessous.

Vous obtiendrez une réponse au cours du premier trimestre de l'année scolaire.

Si vous aviez choisi l'étude automatique l'an passé, sauf indication contraire, votre consentement sera tacitement reconduit.

IDENTITÉ DU RESPONSABLE LÉGAL DEMANDEUR (le parent)

J'accepte l'étude automatique de mon droit à bourse et je complète TOUTES les informations ci-dessous

Nom de naissance :

Nom d'usage (1) :

Prénom 1 (2) : Prénom 2 : Prénom 3 :

Date de naissance : __ / __ / ____ Pays de naissance :

Département de naissance (3) : ____ Commune de naissance (3) :

IDENTITÉ DE VOTRE CONCUBIN(E)

Partie à compléter si vous vivez en couple sous le même toit et n'êtes ni marié ni pacsé. Ne pas compléter si votre déclaration d'impôts est commune.

L'accord de votre concubin(e) est indispensable pour cette démarche.

Civilité* : Mme M.

Nom de naissance :

Nom d'usage (1) :

Prénom 1 (2) : Prénom 2 : Prénom 3 :

Date de naissance : __ / __ / ____ Pays de naissance :

Département de naissance (3) : ____ Commune de naissance (3) :

(1) *Nom d'usage* : à compléter si différent du nom de famille, par ex. nom d'époux/épouse

(2) *Prénoms* : dans l'ordre de l'état civil

(3) *Département (ex : 075) et commune de naissance* : à compléter si vous êtes nés en France

Je refuse l'étude automatique de mon droit à bourse

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

Date : __ / __ / ____

Signature :



Pensez à l'inscription sur le site de la Région pour avoir un tarif de cantine adapté à vos revenus.
Voir dernière feuille du dossier.



ALLOCATION DE STAGE EN FAVEUR DES LYCEENS DE LA VOIE PROFESSIONNELLE

Les élèves des classes de CAP ont droit à une allocation au titre de leur engagement dans des périodes de stage :

- En CAP 1 : 10 euros par jour de stage effectué
- En CAP 2 : 15 euros par jour de stage effectué

⚠ Cette allocation vise à motiver et valoriser l'investissement des élèves, elle doit être prioritairement versée sur leur compte personnel.

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom : Classe :

Prénom :

Autorisation du responsable légal

Je soussigné(e), M. ou Mme :,

autorise le versement de l'allocation des PFMP :

- sur le compte bancaire de l'élève en tant que bénéficiaire direct de l'aide
- SI L'ÉLÈVE EST MINEUR, sur mon compte bancaire en tant que responsable légal en attendant l'ouverture d'un compte au nom de l'élève.

En conformité avec ce choix, je :

Certifie que les coordonnées bancaires transmises à l'établissement dont dépend (Nom, prénoms de l'élève) sont exactes ;
Demande et accepte que tous les versements relatifs à l'allocation susmentionnée soient réalisés sur ces coordonnées de paiement pour la période relative à l'année scolaire en cours.

Date : __ / __ / ____

Signature :

RIB

Coller le RIB pour le versement de l'allocation

Élève pris en charge par un service social – Année 2026/27

Élève :

Nom : Prénom : Classe :

Coordonnées de l'ASE/CDAS/Responsable légal

Nom et adresse du service.....

.....

Tél : Adresse mail : @

Éducateurs en charge du suivi de l'élève :

Nom et adresse du service.....

.....

Tél : Adresse mail : @

Responsable financier :

Nom : Prénom :

Adresse postale :

Tél : Adresse mail : @

➤ Joindre une attestation de prise en charge précisant, si la transmission doit être dématérialisée via Chorus Pro, le n° de SIRET, le n° d'engagement et le code service.

 **Prévenir rapidement l'établissement de tout changement de responsable financier.**

FICHE VIE SCOLAIRE

Année scolaire : 2026-2027

CHOIX DU REGIME D'HEBERGEMENT

Nom de famille : Classe :

Prénom :

- INTERNE (dort à l'internat)
 DEMI-PENSIONNAIRE (mange à la cantine)
 EXTERNE (ne mange pas à la cantine)

CHOIX DU REGIME DE SORTIE

❖ POUR LES COLLÉGIENS

Aucune sortie n'est autorisée entre les cours prévus par l'emploi du temps (sauf pendant le repas des externes).

Si le premier ou dernier cours de la journée est annulé, je choisis le :

régime rouge

régime vert

L'élève suit strictement son emploi du temps, même en cas d'absence du dernier enseignant de la journée.

L'élève est autorisé à quitter l'établissement dès la fin des cours, y compris en cas d'absence d'un enseignant.
Pour les demi-pensionnaires, sortie impossible avant 12h30.

❖ POUR LES CAP

Les sorties entre les cours prévus par l'emploi du temps sont autorisées : récréations, pauses du midi, permanence.

Si vous souhaitez que votre enfant soit sous sortie contrôlée, vous pouvez en faire la demande par courrier aux CPE.

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

Date : __ / __ / ____

Signature :

**Ce document est confidentiel.
Il sera transmis directement aux infirmières.**

NOM Prénom Classe

Date de naissance

PRISE EN CHARGE (SÉCURITÉ SOCIALE ET ASSURANCE SANTÉ)

Nom et adresse du centre de sécurité sociale :

Nom de l'assuré :

N° immatriculation de l'assuré :

N° immatriculation de l'élève :

Avez-vous la Complémentaire santé solidaire ? OUI NON

Avez-vous une mutuelle ? OUI NON

ANTÉCÉDENTS ET SUIVI MÉDICAL

Médecin traitant : Dr Tel :

| | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Asthme | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Traitement : |
| Allergies | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Lesquelles : Traitement : |
| Médicaments à prendre régulièrement | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Lesquels : |
| Antécédents chirurgicaux | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Lesquels : date : |
| Maladies | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Lesquelles : |
| Lunettes | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Date du dernier contrôle : |
| Appareil d'orthodontie | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Date de la pose : |
| Semelles orthopédiques | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Date de la prescription : |

| | | |
|---------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Suivi orthophonique | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | Si oui, joindre une photocopie du dernier bilan. <input type="checkbox"/> suivi en cours <input type="checkbox"/> suivi interrompu depuis Coordonnées de l'orthophoniste : |
| Suivi psychologique | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> suivi en cours <input type="checkbox"/> suivi interrompu depuis Coordonnées du psychologue : |

| | | | | | |
|----------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Dossier MDPH PAI, PAP, PPS aménagement | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> Notification MDPH | <input type="checkbox"/> GevaSco | <input type="checkbox"/> PAI | <input type="checkbox"/> PAP |
| | <input type="checkbox"/> NON | <input type="checkbox"/> SESSAD (nom :) | <input type="checkbox"/> Aménagement d'examen | | |

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES

A compléter si votre enfant est:

- atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire.
- susceptible de prendre un traitement d'urgence.
- atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.

Maladie dont souffre votre enfant :

Traitement:

Médecin prescripteur:

Observations particulières :

En fonction de ces renseignements, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière pour - si nécessaire - établir avec vous et formaliser selon les modalités prévues par les textes, les conditions d'accueil et de scolarisation adaptées à l'état de santé de votre enfant.

AUTORISATIONS PARENTALES INFIRMERIE 2026-2027

Je suis M. ou Mme.

Responsable légal de l'enfant :

Téléphone Mail@.....

Soins en cas d'urgence

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| J'autorise le chef d'établissement de l'ÉREA Magda Hollander-Lafon ou son représentant à prendre toute mesure nécessaire en cas d'urgence, <u>après avoir essayé de me contacter par tous moyens.</u> Cette autorisation est valable dans le cadre scolaire, ce qui inclut l'internat, les activités éducatives, et les sorties et voyages scolaires. | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| | Date : |
| | Signature |

Traitement informatique des données du PPS

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| J'accepte que les données relatives au projet personnalisé de scolarisation (PPS) de mon enfant soient traitées par l'enseignant référent à la scolarisation des élèves en situation de handicap (ERSEH) de l'académie de Rennes via un système informatisé sécurisé (application de gestion des élèves en situation de handicap AGESH) et que son GevaSco et son PAI soient visibles par les enseignants, afin d'améliorer le suivi de sa scolarité. | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON |
| | Date : |
| | Signature |



LA TARIFICATION SOLIDAIRE

*Restauration et Hébergement
dans les lycées publics bretons*

L'OFFRE

La Région Bretagne vous propose des tarifs :

- > **Accessibles** et calculés selon vos ressources
- > **Solidaires** entre les familles et harmonisés entre les 116 lycées

POUR QUI ?

Pour toutes les familles dont l'un des enfants est lycéen, apprenti ou étudiant dans un lycée public breton, ou élève dans un établissement régional d'enseignement adapté (EREA) breton.

COMMENT FAIRE ?

Inscriptions en ligne dès le lundi 1^{er} juin 2026.

Toutes les informations seront disponibles lors de l'inscription au lycée.



Plus d'infos sur :

www.bretagne.bzh/tarification

RESTAURATION - HÉBERGEMENT

Tarifs applicables pour l'année scolaire 2026/2027

Tarif repas RESTAURATION

| VOTRE QUOTIENT FAMILIAL | VOTRE TRANCHE | au forfait | | à la prestation ¹ | |
|-------------------------|---------------|----------------------|------------------------|------------------------------|------------------------|
| | | PART RÉGION/ FAMILLE | RESTE À CHARGE FAMILLE | PART RÉGION/ FAMILLE | RESTE À CHARGE FAMILLE |
| 500 ou moins | 1 | | 2,70 € | | 3 € |
| | A | | | | |
| de 501 à 700 | 2 | | 2,85 € | | 3,15 € |
| | B | | | | |
| de 701 à 900 | 3 | | 3,15 € | | 3,45 € |
| | C | | | | |
| de 901 à 1100 | 4 | | 3,45 € | | 3,80 € |
| | D | | | | |
| de 1101 à 1500 | 5 | | 3,90 € | | 4,20 € |
| | E | | | | |
| de 1501 à 1700 | 6 | | 4,20 € | | 4,50 € |
| | F | | | | |
| de 1701 à 2000 | 7 | | 4,50 € | | 4,85 € |
| | G | | | | |
| 2001 et plus | 8 | | 4,80 € | | 5,10 € |
| | H | | | | |

1. Repas facturé lors du passage effectif au self

Tarif journalier ² HÉBERGEMENT

| VOTRE QUOTIENT FAMILIAL | VOTRE TRANCHE | pré-bac | | post-bac | |
|-------------------------|---------------|----------------------|------------------------|----------------------|------------------------|
| | | PART RÉGION/ FAMILLE | RESTE À CHARGE FAMILLE | PART RÉGION/ FAMILLE | RESTE À CHARGE FAMILLE |
| 500 ou moins | 1 | | 7,80 € | | 10,40 € |
| | A | | | | |
| de 501 à 700 | 2 | | 8,40 € | | 11,20 € |
| | B | | | | |
| de 701 à 900 | 3 | | 9,30 € | | 12,30 € |
| | C | | | | |
| de 901 à 1100 | 4 | | 10,20 € | | 13,40 € |
| | D | | | | |
| de 1101 à 1500 | 5 | | 11,50 € | | 14,80 € |
| | E | | | | |
| de 1501 à 1700 | 6 | | 12,40 € | | 15,90 € |
| | F | | | | |
| de 1701 à 2000 | 7 | | 13,30 € | | 17 € |
| | G | | | | |
| 2001 et plus | 8 | | 14,20 € | | 18,10 € |
| | H | | | | |

2. Tarif journalier correspondant à 2 repas + 1 nuitée avec petit-déjeuner

Le tarif du repas occasionnel est de 5,10 €, y compris pour les élèves externes.

