

**A retourner en totalité par lettre recommandée le plus tôt possible à :**

**Ecole Sainte-Geneviève  
Secrétariat des Admissions  
2, rue de l'École des Postes  
78029 VERSAILLES CEDEX**

## **IMPRESSION EN RECTO SEUL EN FORMAT A4**

**Avant de nous renvoyer le dossier, veuillez vérifier qu'il ne manque aucune des pièces suivantes :**

- La fiche famille dûment remplie
- La fiche élève dûment remplie
- La fiche sur la Loi « Informatique et liberté »
- La fiche de santé confidentielle
- L'autorisation médicale obligatoire
- L'autorisation de droit à l'image
- Droit d'accès aux informations recueillies
- Le certificat médical
- Le certificat de non contre-indication à la pratique du sport
- La notification de bourse reçue par mail (celle-ci doit être validée par l'établissement avant fin octobre)
- Le dossier Comptable et Financier accompagné des documents demandés et du règlement du 1<sup>er</sup> trimestre **(8 pages à retourner, dûment signées et agrafées)**.

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame ..... atteste avoir pris connaissance du contenu du dossier et accepte la clause contractuelle concernant le versement de l'acompte.

A....., le ..... Signature :

# FICHE FAMILLE

## Renseignements responsable principal

Nom : .....  
Nom de jeune fille, si mère : .....  
Prénom : .....  
Téléphone mobile : ..... / Téléphone professionnel : .....  
Courriel : ..... / Courriel professionnel : .....  
Catégorie socio-professionnelle (voir liste jointe) : .....  
Profession : .....

## Adresse du responsable principal destinataire du courrier (père, mère, tuteur, tutrice)

M. et/ou Mme .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... VILLE : .....  
PAYS : ..... Téléphone familial : .....

Situation familiale :             mariés             vie maritale             remarié(e)             Pacs  
    veuf(ve)             divorcé(e)             séparés

Nombre d'enfants dans le 2<sup>e</sup> degré: .....    Nombre d'enfants à charge fiscalement : .....

## Renseignements conjoint

Nom : .....  
Nom de jeune fille, si mère : .....  
Prénom : .....  
Téléphone mobile : ..... / Téléphone professionnel : .....  
Courriel : ..... / Courriel professionnel : .....  
Catégorie socio-professionnelle (voir liste jointe) : .....  
Profession : .....

## Si les parents sont divorcés ou séparés, adresse du second responsable :

M.  Mme .....  
Adresse : .....  
Code Postal : ..... VILLE : .....  
PAYS : ..... Téléphone domicile : .....  
Téléphone mobile : ..... Courriel : .....@.....

# FICHE ELEVE

Classe :  MP  MP\*  PC  PC\*  PSI\*  PT\*  EC-S2  BCPST2

Régime :  Pensionnaire

NOM COMPLET D'ETAT-CIVIL : .....

Prénom : ..... Deuxième prénom : .....

Fille  Garçon

Langue(s) vivante(s) qui seront pratiquées en Classe Préparatoire :

Allemand, Anglais, Arabe, Chinois, Espagnol, Italien (autres langues, se renseigner)

LV1 : ..... LV2 (obligatoire pour les EC-S) : .....

N° I.N.E. de l'élève : ..... Né(e) le : ..... / ..... / .....

(Identifiant National Elève, indiqué sur votre relevé des Épreuves anticipées du Baccalauréat)

à (Ville + Code Postal) : ..... Pays : .....

Nationalité 1 : ..... Nationalité 2 : .....

N° de Sécurité Sociale élève : \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Tél. mobile élève : ..... Courriel : .....@.....

## SCOLARITÉ ANTÉRIEURE

Terminale Scientifique S.I.

Terminale Scientifique S.V.T.

Classe	Nom + code RNE établissement	Ville	Privé	Public
Terminale <input type="checkbox"/> *				
Première <input type="checkbox"/> *				
Seconde <input type="checkbox"/> *				

\* (cocher la case en cas de redoublement)

Vous êtes le (la) .....ème de ..... enfant(s)

Renseignements concernant vos frères et sœurs :

Prénom	Âge	Situation scolaire ou professionnelle

Avez-vous ou avez-vous eu un frère ou une sœur scolarisé(e) à Sainte-Geneviève ?  OUI  NON

## **Catégories socio-professionnelles** (Cf cadre 7 du dossier d'inscription)

### **CODE LIBELLE**

- 10 Agriculteur exploitant
- 21 Artisan
- 22 Commerçant et assimilé
- 23 Chef entreprise 10 salariés ou plus
- 31 Profession libérale
- 33 Cadre de la fonction publique
- 34 Professeur, profession scientifique
- 35 Profession information/arts/spectacles
- 37 Cadre administratif et commercial d'entreprise
- 38 Ingénieur cadre technique d'entreprise
- 42 Instituteur et assimilé
- 43 Profession intermédiaire santé et travail social
- 44 Clergé-religieux
- 45 Profession intermédiaire administrative de la fonction publique
- 46 Profession intermédiaire administrative et commerce.entreprise
- 47 Technicien
- 48 Contremaître-agent de maîtrise
- 52 Employé civil-agent de service de la FP
- 53 Policier et militaire
- 54 Employé administratif d'entreprise
- 55 Employé de commerce
- 56 Personne de service direct aux particuliers (restauration, garde enfants...)
- 61 Ouvrier qualifié
- 66 Ouvrier non qualifié
- 69 Ouvrier agricole
- 71 Retraité agriculteur exploitant
- 72 Retraité artisan-commerce-chef d'entreprise
- 73 Retraité cadre-profession intermédiaire
- 76 Retraité employé et ouvrier
- 81 Chômeur n'ayant jamais travaillé
- 82 Personne sans activité professionnelle

# FICHE DE SANTE CONFIDENTIELLE

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le : \_\_\_\_\_

à : \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale

Agrafer  
une photo  
d'identité

## 1. ANTECEDENTS PERSONNELS

### A. Maladies infectieuses de l'enfance (indiquer l'année)

Rubéole : \_\_\_\_\_ Oreillons : \_\_\_\_\_ Varicelle : \_\_\_\_\_

Rougeole : \_\_\_\_\_ Coqueluche : \_\_\_\_\_ Diphtérie : \_\_\_\_\_

Scarlatine : \_\_\_\_\_ Otites : \_\_\_\_\_ Sinusites : \_\_\_\_\_

Affections respiratoires : \_\_\_\_\_ Affections digestives : \_\_\_\_\_

Fièvre Typhoïde : \_\_\_\_\_ Rhumatisme articulaire aigu : \_\_\_\_\_

### B. Problèmes de santé : susceptible d'avoir un retentissement sur la vie de l'élève au sein de l'établissement (problème de poids, diabète, dos, articulations...)

- Allergies (alimentaire, médicamenteuse, autres) :  
\_\_\_\_\_

- Attention particulière : somnambulisme, problèmes psychologiques, situation de vie, autre, nécessitant une attention ciblée  
\_\_\_\_\_

Attention : Pour tout traitement pris à l'école, la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) est vivement recommandé : à télécharger sur le site de l'école, à faire signer par votre médecin, et à déposer le jour de la rentrée à l'infirmerie, avec le traitement et l'ordonnance valables en cours d'année scolaire.

### C. Interventions chirurgicales : \_\_\_\_\_

### D. Accidents : \_\_\_\_\_

## 2. ANTECEDENTS FAMILIAUX (Nom - Prénom - âge - état de santé)

Père : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Mère : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Frères et sœurs (par ordre de fratrie) : \_\_\_\_\_

# AUTORISATION MEDICALE OBLIGATOIRE

(utile en cas d'hospitalisation ou d'accident)

N° de Sécurité Sociale du Responsable :                  
(Père - Mère - Tuteur)

**Personne à prévenir en cas d'accident :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Je, soussigné(e), (Nom et adresse) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

autorise la Directrice du Lycée privé Sainte-Geneviève (ou son délégué) à prendre toutes les décisions nécessaires pour toute intervention médicale ou chirurgicale d'urgence pour mon fils (ma fille) et à signer éventuellement l'autorisation de sortie de l'hôpital :

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature :

**Remarques personnelles :**

---

---

---

---

---

# AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE - ELEVE MINEUR

Ecole Sainte-Geneviève  
2 rue de l'école des postes  
78000 VERSAILLES

Objet : Autorisation de filmer et publier des images d'un/e mineur/e

Je, soussigné(e), (nom du parent/tuteur légal)

Nom : ..... Prénom:.....

Autorise, à titre gratuit l'Ecole Sainte-Geneviève

- à photographier ou à filmer en groupe..... (Nom de la personne filmée)
- à reproduire et diffuser ces images dans un but non lucratif

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à l'Ecole Sainte-Geneviève.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentantes et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Ce contrat est reconduit de manière tacite chaque année. La présente autorisation est personnelle et incessible.

J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à ....., le.....

Signature :

# AUTORISATION DE DROIT A L'IMAGE - ELEVE MAJEUR

Ecole Sainte-Geneviève  
2 rue de l'école des postes  
78000 VERSAILLES

Objet : Autorisation de filmer et publier des images d'un/e majeur/e

Je, soussigné(e),

Nom : ..... Prénom:.....

Autorise, à titre gratuit l'Ecole Sainte-Geneviève

- à me photographier ou à me filmer

- à reproduire et diffuser ces images dans un but non lucratif

Je peux me rétracter à tout moment, sur simple demande écrite à l'Ecole Sainte-Geneviève.

Je m'engage à ne pas tenir responsable la personne ou structure précitée ainsi que ses représentantes et toute personne agissant avec sa permission pour ce qui relève de la possibilité d'un changement de cadrage, de couleur et de densité qui pourrait survenir lors de la reproduction.

Ce contrat est reconduit de manière tacite chaque année. La présente autorisation est personnelle et incessible.

Je déclare avoir 18 ans ou plus et être compétent(e) à signer ce formulaire en mon propre nom. J'ai lu et compris toutes les implications de cette autorisation.

Fait à ....., le.....

Signature :

## DROIT D'ACCES AUX INFORMATIONS RECUEILLIES

Les informations recueillies dans le cadre de ce dossier sont obligatoires pour l'inscription dans l'établissement. Elles font l'objet de traitements informatiques. Seules les données répondant à des obligations légales de conservation ou d'archivage sont conservées, au départ de l'élève, dans les dossiers de l'établissement.

Certaines données sont transmises, à leur demande, au rectorat de l'académie, aux collectivités territoriales, à l'association des anciens élèves de Ginette, ainsi qu'aux organismes de l'Enseignement catholique auxquels est lié l'établissement.

Conformément à la loi "informatique et libertés" et à l'ensemble de la réglementation sur la protection des données personnelles -RGPD- les parents bénéficient d'un droit d'accès et de rectification aux informations concernant leur enfant. Pour exercer ce droit et obtenir communication de ces informations, les parents peuvent s'adresser au Chef d'établissement.

Fait à ....., le.....

Signature :

# CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Dr \_\_\_\_\_ certifie avoir examiné

M. \_\_\_\_\_ né(e) le \_\_\_\_\_

1. Vaccinations (ou certificat de contre-indication) et dates :

DTP \_\_\_\_\_ ROR <sup>1ère dose</sup> \_\_\_\_\_ Hépatite B \_\_\_\_\_  
<sub>2ème dose</sub> \_\_\_\_\_

(les vaccins et rappels peuvent être effectués par les médecins libéraux de l'Ecole)

2. Existence **d'antécédents familiaux ou personnels**.

(diabète, HTA, cholestérol, troubles anxio-dépressifs, troubles ostéo-articulaires...)

\_\_\_\_\_

3. Existence de **problèmes allergiques** (cutanés, médicamenteux, saisonniers,...), familiaux ou personnels.

\_\_\_\_\_

4. L'élève a-t-il recours à un **traitement** régulier ou occasionnel ? (cutanée, antiallergique, hypnotique, anxiolytique, ...)

\_\_\_\_\_

Attention : Pour tout traitement pris à l'école, la mise en place d'un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI) est vivement recommandé : à télécharger sur le site de l'école, à faire signer par votre médecin et à déposer le jour de la rentrée à l'infirmerie, avec le traitement et l'ordonnance valables pour l'année scolaire en cours.

5. Aptitude à vivre en collectivité : \_\_\_\_\_

6. Examen clinique : Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

TA : \_\_\_\_\_ Pouls : \_\_\_\_\_ Auscultation cardiaque : \_\_\_\_\_

Examen rachidien et articulaire : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

7. Commentaires sur l'élève : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_ Signature et cachet du médecin : Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

# CERTIFICAT DE NON-CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE DU SPORT EN COMPETITION

## FEDERATION FRANÇAISE DU SPORT UNIVERSITAIRE

Je soussigné(e) .....,

Docteur en médecine,

après avoir examiné ce jour .....

Mlle ou M. ....

né(e) le ..... / ..... / .....

certifie que son état de santé actuel ne présente pas de contre-indication à la pratique du sport en compétition lors de épreuves organisées par la FNSU, dans les disciplines mentionnées ci-dessous :

- Athlétisme
- Badminton
- Basket-ball
- Course d'orientation
- Cross-country
- Danse
- Escrime
- Football
- Handball
- Judo
- Karaté
- Natation
- Rugby à 15
- Tennis
- Tennis de table
- Volley-ball

**Date :**

**Signature et Cachet :**