

CLASSES FREQUENTEES

20..... / 20..... :
20..... / 20..... :
20..... / 20..... :
20..... / 20..... :

DOSSIER INDIVIDUEL
DE RENSEIGNEMENTS

LYCEE PROFESSIONNEL PAUL LACAVE
97130 Capesterre Belle Eau
Tél. : 0590 86 34 63 - Fax : 0590 86 03 79

Photographie
d'identité

IDENTITÉ DE L'ÉLÈVE

Nom :
Prénoms :
Né (e) le : Code département : Commune :
Nationalité : N° National : Tél. Mobile : Email :
Sexe (M ou F) : Date d'entrée dans l'établissement :

SCOLARITÉ DE L'ANNÉE EN COURS

Formation :
Spécialité :
Division : Doublement (O ou N) :
Régime : Transport (O ou N) :
Options :
1 :
2 :

SCOLARITÉ DE L'ANNÉE PRÉCÉDENTE

Nom de l'établissement :
Ville : Code département :
Formation :
Spécialité :
Options :
1 :
2 :

RESPONSABLE LÉGAL

● Mère (= parents sur l'acte de naissance ou tuteur légal)

Nom :
Prénom : Lien de parenté
Adresse : Code postal :
..... Commune :
..... Pays :
☎ Domicile : ☎ travail : ☎ portable :
@courriel :
Situation emploi : Profession : Code emploi : Code profession :
Nombre d'enfants à charge en lycée et collège : Nombre total d'enfant à charge :
Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parents d'élèves (O ou N) :
..... Code Postal :
..... Commune :
..... Pays :
☎ Domicile : ☎ travail : ☎ portable :
@courriel : Acceptez-vous de recevoir des sms (O ou N) :

RESPONSABLE LÉGAL 2

● Père (= parents sur l'acte de naissance ou tuteur légal)

Nom :
Prénom : Lien de parenté
Adresse : Code postal :
..... Commune :
..... Pays :
☎ Domicile : ☎ travail : ☎ portable :
@courriel :
Situation emploi : Profession : Code emploi : Code profession :
Autorisez-vous la communication de votre adresse aux associations de parent d'élèves (O ou N) :

PERSONNE A PREVENIR

Nom :
Prénom : Lien de parenté
☎ Domicile : ☎ travail : ☎ portable :
Acceptez-vous de recevoir des sms (O ou N) :
Date : Signature :