

**L'internat est un service rendu aux familles et doit faire l'objet d'un accord d'admission après dépôt du dossier de demande d'inscription.**

**La réinscription à l'internat n'est pas automatique.**

La commission de sélection se réserve le droit de réintégrer ou non certains élèves selon les priorités définies (enseignement spécifique, convention sportive, éloignement, situations particulières - cf. BO n°20 du 19 mai 2016) ainsi que le comportement des internes durant l'année écoulée.

**Les élèves bénéficiant d'une dérogation pour raisons personnelles ou fratrie, les redoublants de terminale et les élèves majeurs ne sont pas prioritaires.**

**Si votre enfant entre à l'internat pour des raisons autres que géographiques** (problèmes de scolarité, événement familial, etc.) nous vous demandons de **prendre rendez-vous avec le/la CPE** en charge de l'internat ou du niveau, afin d'assurer un suivi efficace de l'élève.

**Dans l'intérêt de l'élève et de manière générale, n'hésitez pas à nous signaler toute information utile à son encadrement.**

Les professionnels tels que **les infirmières et l'assistante sociale** sont également des interlocuteurs privilégiés pour les internes et leurs familles.

**Contacts** : **04.66.62.91.71** de 7h30 à 18h15 (vie scolaire, infirmière ou assistante sociale)

**07.85.35.75.37** (tel internat) à partir de 17h du lundi au jeudi inclus

[internat.camus@ac-montpellier.fr](mailto:internat.camus@ac-montpellier.fr)

**Nous nous réservons le droit de vérifier la validité des informations communiquées afin de gérer au mieux les situations des élèves que nous accueillons.**

## PIECES A FOURNIR

### IMPORTANT

- Le dossier est à remplir en **lettres capitales**
- Tout dossier incomplet sera rendu et non traité
- Dossier à retourner avant le **18 juin** pour les réinscriptions, avant le **22 juin** pour une première inscription
- Pour tout traitement d'urgence, chronique ou ponctuel, remettez **obligatoirement** aux infirmières, une prescription de votre médecin précisant le nom du produit, sa posologie et son utilisation, ainsi que les médicaments correspondants. La détention de médicaments est **strictement interdite à l'Internat**.

- Photo d'identité (à coller sur la fiche de renseignement)
- Fiche coordonnées (page 3)
- Fiche éléments motivant la demande (page 4)
- Fiche de santé (1) (page 6)
- Fiche de santé (2) (page 7)
- Photocopie du carnet de vaccination
- Attestation du correspondant local (OBLIGATOIRE) (page 5). ***Nous vous rappelons que l'admission à l'internat est conditionnée par le fait que chaque élève dispose d'un correspondant local. Cette personne doit être majeure (choisie par les parents) habiter Nîmes de préférence (ou à proximité) et être en mesure d'accueillir votre enfant lors d'une évacuation obligatoire et urgente de l'internat.***
- Photocopie de la carte vitale et de la mutuelle

## TROUSSEAU OBLIGATOIRE

- Couette (avec sa housse), un drap housse pour lit une place
- 1 oreiller et sa taie
- 2 cadenas (armoire et bureau)
- 1 lampe de chevet



PHOTO DE  
L'ELEVE A  
COLLER

## COORDONNEES DE L'ELEVE

NOM : .....

CLASSE : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

NUMERO DE PORTABLE DE L'ELEVE (**OBLIGATOIRE**) : .....

FILLE

GARCON

1ERE DEMANDE

RE-INSCRIPTION

### RESPONSABLE LEGAL 1

Père  Mère  Tuteur

### RESPONSABLE LEGAL 2

Père  Mère  Tuteur

Situation familiale : Mariés Pacsés Séparés Autre situation : .....

NOM : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : .....

TEL PORTABLE : .....

MAIL : .....

NOM : .....

PRENOM : .....

ADRESSE : .....

TEL DOMICILE : .....

TEL PORTABLE : .....

MAIL : .....

## CORRESPONDANT LOCAL (OBLIGATOIRE)

Lien avec l'élève :

NOM: .....

PRENOM: .....

ADRESSE: ..... CP : ..... VILLE : .....

TEL DOMICILE: .....

TEL PORTABLE: .....

MAIL: .....

## ELEMENTS MOTIVANTS LA DEMANDE

 **ELOIGNEMENT DOMICILE :**

- Lieu de résidence de l'élève : .....
- Nombre de kilomètres entre domicile/lycée : .....
- Distance entre domicile/arrêt de transport : .....
- Mode de transport :  voiture  bus  train
- Heure de lever : .....
- Horaire de transport : matin : .....  
soir : .....
- Heure de retour au domicile : .....

 **ENSEIGNEMENT**

Spécialité / option (chinois, bachibac, STL...) : .....

 **RAISON FAMILIALE OU PERSONNELLE**

Veuillez expliciter la situation pour en permettre une meilleure évaluation. Nous vous informons que vous pouvez aussi vous rapprocher de l'assistante sociale du lycée pour faire état de votre situation. Elle pourra alors nous confirmer la nécessité d'un accueil en internat.

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

 **SPORTIF**

Sportif de club ayant une convention avec le lycée.

**UNIQUEMENT LES ELEVES FIGURANT SUR LA LISTE REMISE PAR LE CLUB VALIDANT L'INSCRIPTION DANS LE LYCEE**

Sport pratiqué: ..... Club : ..... Nom de l'entraîneur : .....

### **REGLEMENT INTERIEUR INTERNAT**

Je soussigné(e) déclare que je m'engage à respecter le règlement intérieur de l'internat.

***Il est disponible sur le site internet du lycée et pourra aussi vous être remis lors de la réunion prévue avec les familles des nouveaux internes et leurs correspondants le **Jeudi 9 juillet 2020 à 18h*****

Signatures :                      *père*                      *mère*                      *tuteur*                      *élève*

## ATTESTATION CORRESPONDANT LOCAL (OBLIGATOIRE)

Je soussigné (e) Monsieur, Madame....., déclare avoir donné mon accord pour servir de correspondant local (domicile à moins de 10km de Nîmes)  
Pour l'élève interne : .....

Et de fait m'engage à :

- Me déplacer en cas de besoin pendant l'année scolaire, pour prendre en charge cet élève
- Assister à la réunion d'information pour les nouveaux internes qui se déroulera le **Jeudi 9 Juillet 2019** au lycée Albert Camus

Voici mes coordonnées :

Adresse: ..... CP ..... Ville.....

Tel portable:..... Tel domicile:.....

Tel travail:.....

Fait à .....

Le .....

Signature du correspondant local :

## AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE EXCEPTIONNELLE PAR UN TIERS (INTEMPERIES...)

\*dans le respect des décisions préfectorales communiquées aux établissements scolaires en cas de situation d'urgence

Je soussigné (e) Monsieur, Madame .....

Représentant légal de l'élève : .....

Interne au lycée Albert Camus à Nîmes

Autorise :

- Mme ou M..... Lien avec la famille: .....  
ADRESSE..... CP ..... VILLE.....  
Tel Fixe ..... Tel portable .....
- Mme ou M..... Lien avec la famille: .....  
ADRESSE..... CP ..... VILLE.....  
Tel Fixe ..... Tel portable .....
- Mme ou M..... Lien avec la famille: .....  
ADRESSE..... CP..... VILLE .....
- Tel Fixe ..... Tel portable .....

Fait à ..... Le .....

Signature du représentant légal :

**NB:** Cette autorisation est facultative

Document non confidentiel destiné au personnel de l'internat, pouvant être remis au service d'urgence.

### CORRDONNEES ELEVE/PARENTS

NOM : ..... PRENOM : ..... CLASSE : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

PARENTS OU REPRESENTANT LEGAL 1 : NOM.....

ADRESSE : ..... CP..... VILLE .....

ASSURANCE MALADIE : NOM ET ADRESSE : .....

N° SECURITE SOCIALE DE L'ASSURE : .....

N° SECURITE SOCIALE DE L'ELEVE : .....

MUTUELLE : NOM : ..... N° MUTUELLE : .....

### RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

MALADIE/HANDICAP : .....

ALLERGIE/ASTHME : .....

TRAITEMENT : .....

ANTECEDENT MEDICAUX/CHIR : .....

AUTRES : .....

### NUMEROS D'URGENCES

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

TEL PORT MERE : ..... TEL MERE DOMICILE : .....

TEL PORT PERE : ..... TEL PERE DOMICILE : .....

TEL PORT CORRESPONDANT : ..... TEL DOMICILE CORRESPONDANT : .....

En cas d'urgence, tout élève sera pris en charge, pour le transport et les soins, par les services d'urgences de l'hôpital. La famille est immédiatement avertie par nos soins, à défaut par les services d'urgences.

Un élève mineur, ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Lors d'une prise en charge d'un élève par un médecin, seul celui-ci autorisera ou non le retour dans la famille, même si la consultation est effectuée dans le lycée

***Je soussigné(e) mère/père/tuteur de l'élève ..... autorise l'administration du lycée à prendre les dispositions nécessaires en cas de maladie ou d'accident, et m'engage à payer les frais pharmaceutiques, médicaux et d'hospitalisation.***

***Date et signature des parents ou du responsable :***

CHAMBRE	
ETAGE	

**Document confidentiel, remis aux infirmières. A remplir si problème de santé particulier.**

PROBLEME MEDICAUX OU HANDICAP (ASTHME, DIABETE, ETC ...)	TRAITEMENT EN COURS	SUIVIS (ORTHOPHONISTE, PSY, KINE, ETC...)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> </ul>

**En cas de traitement, fournir :**

- **une photocopie de l'ordonnance**
- **dernier compte rendu du spécialiste**
- **coordonnées du ou des professionnels de santé**

**RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....