



Ensemble Scolaire
Saint François

19 Rue Fernand David
74100 VILLE LA GRAND
Tél. : 04 50 37 76 01

DEMANDE D'INSCRIPTION LYCEE
Classe 2nde

Pour l'année scolaire 2065/2027

Je soussigné(e), demande l'inscription de mon enfant : au Lycée Privé Saint-François de Ville-la-Grand.

Je déclare connaître le caractère catholique de cet établissement sous tutelle congréganiste des Missionnaires de Saint-François de Sales et en accepte le règlement.

J'ai pris connaissance du fait que cette inscription ne deviendra définitive qu'après confirmation écrite du chef d'établissement.

Fait à, le

Signatures,

Responsable 1,

Responsable 2,

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ELEVE :

NOM DE L'ÉLÈVE : _____

Prénoms : _____ M F

Né (e) le : _____

Lieu de naissance : _____ département : _____ Nationalité : _____

Établissement scolaire actuel fréquenté : _____

Classe actuelle (année scolaire 2025/2026) _____

Redoublant : oui non

Régime envisagé : Externe ½ Pensionnaire

Aménagements spécifiques mis en place par l'établissement : PAP PAI PPS
Si oui joindre les copies

LVA : Anglais Bilangue Allemand/Anglais Bilangue Espagnol/Anglais Autre :
(à partir de la 6ème) (à partir de la 6ème)

LVB : Espagnol Italien Allemand Autre :

Options: Arts Plastiques Latin(à partir de la 5^{ème}) LVC

Multi inscriptions :

Avez-vous ou allez-vous faire une autre demande d'inscription : oui non

Si oui précisez le nom de l'enfant _____ la classe demandée : _____

FICHE DE RENSEIGNEMENTS INFORMATIQUES

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE :

- en cas de situation familiale particulière précisez clairement ci-dessous le nom du responsable légal ayant la garde de l'élève et joindre les pièces justificatives –

Responsable légal	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Autre :.....
Nom : _____	Prénom : _____		
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Autre cas :.....			
Adresse : _____			
Code postal : _____	Commune de résidence : _____		
N° Tél. domicile : _____	Profession : _____		
N° Tél portable : _____	Employeur : _____		
Adresse email : _____	N° tél professionnel : _____		

Responsable légal 2	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Autre :.....
Nom: _____	Prénom: _____		
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Autre cas :.....			
Adresse (si différente) _____			
Code postal : _____	Commune de résidence : _____		
N° Tél. domicile : _____	Profession : _____		
N° Tél portable : _____	Employeur : _____		
Adresse email : _____	N° tél professionnel : _____		

→ Adresse où vit l'enfant: Resp. légal 1 Resp. légal 2 Les 2
(si parents séparés) (garde alternée)

→ Frère (s) ou sœur (s) actuellement dans notre établissement : non oui
Nom complet: _____ classe : _____

→ Autres enfants à charge :

Nom Prénom des frères et sœurs	Date de naissance	Etablissement fréquenté	Classe