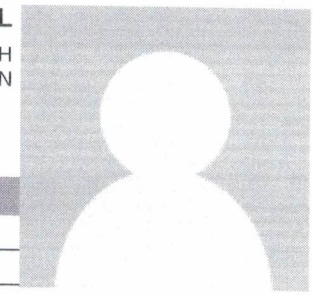
LGT PAUL CLAUDEL
PLACE FOCH
02001 LAON

RNE établissement : **0020032Z**
Année scolaire **2021-2022**



Fiche d'urgence

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire

Identité de l'élève

Nom : JIMENEZ
Prénoms : CARMEN CHARLOTTE CATALINA
Numéro national : _____ Sexe (M ou F) : F
Né(e) le : 28/05/2004 à LAON
Nationalité : FRANÇAISE

Scolarité de l'année en cours

MEF : T STMG Division : .
Régime : DP Date entrée : 1er/09/2021

Scolarité de l'année précédente

MEF : 1er STMG2
Etablissement : Lycée Paul Claudel
Commune : LAON
Date de fin de scolarité dans l'établissement : JUIN 2021

Représentant légal

Nom : JIMENEZ Responsable à contacter en priorité (O ou N) : O
Prénom : Karine
Adresse : 4 Rue de Verdun
Code postal : 02840
Commune : ATHIES SOUS LAON
Pays : France
☎ dom. : 0323242739 ☎ travail : 0323223149 ☎ portable : 06 10 77 03 76

Représentant légal

Nom : JIMENEZ Responsable à contacter en priorité (O ou N) : N
Prénom : LORENZO
Adresse : 4 Rue de Verdun
Code postal : 02840
Commune : ATHIES SOUS LAON
Pays : FRANCE
☎ dom. : 0323242739 ☎ travail : 0603866174 ☎ portable : 0603866174

Personne à contacter

Nom :
Prénom :
☎ dom. : ☎ travail : ☎ portable :

Autres renseignements

N° et adresse du centre de sécurité sociale : 1 72 08 408 037 030
URSSAF des indépendants
N° et adresse de l'assurance scolaire : PACIFICA

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille ou, pour les élèves internes, selon les modalités définies dans le règlement intérieur de l'établissement.

Informations complémentaires

Date du dernier rappel antitétanique :
Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre...) : (poursuivre au verso si besoin)
NOM, adresse et n° de téléphone du médecin traitant : Dr BRINGARD
ATHIES SOUS LAON TÉL 03 23 24 56 88

Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'intention du médecin ou de l'infirmière de l'établissement.

Académie d'AMIENS – LYCEE Paul CLAUDEL – Place Foch – 02000 LAON

INTENDANCE - Fiche de renseignements 2021-2022

Elève **Classe : T STMG**

NOM : JIMENEZ Prénom(s) : CARMEN CHARLOTTE CATALINA

Naissance : date 28/05/2014 Sexe : ☐ garçon ☒ fille

et lieu (ville, department, pays) 4 Rue de Verdun 02840 ATHIES Nationalité : F

Régime : ☒ Externe ☐ Demi-pensionnaire au ticket* ☐ Interne **Scolarité** : redoublant ☐ oui ☒ non **Boursier 20/21** ☐ oui ☒ non

*chèque de 38,50€ obligatoire pour valider l'inscription **Garde alternée** ☐ oui ☒ non

Responsable légal & financier (= le responsable **qui paie l'internat ou la demi-pension** est le **demandeur** de **bourse**)
En cas de fratrie inscrire le même responsable légal, sauf décision contraire du juge)

Vous êtes ☒ le parent 1 ☐ le parent 2 ☐ autre, préciser

NOM : JIMENEZ Prénom : Karine

Adresse : 4 Rue de Verdun

Code postal : 02840 Commune : ATHIES sous LAON Couriel : Karine.magniant @ orange.fr

Tél. fixe : 03 23 24 27 39 Tél. portable : 06 10 77 03 76

Tél. d'une personne pouvant vous joindre rapidement : 03 23 22 31 49

Situation familiale : ☒ marié(e) ☐ pacsé(e) ☐ en union libre ☐ séparé(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve) ☐ célibataire

Situation professionnelle : ☐ chômeur ☒ salarié, préciser la profession : Responsable coopérative agricole

Employeur Coopérative Expandis 2 le Nord de Nanteau Tél : 03.23.22.31.49

Autre responsable légal (en cas de fratrie inscrire le même responsable légal, sauf décision contraire du juge)

Vous êtes ☐ le parent 1 ☐ le parent 2 ☒ autre, préciser

NOM : JIMENEZ Prénom : LORENZO

Adresse : 4 Rue de Verdun

Code postal : 02840 Commune : ATHIES sous LAON Couriel : lorenzo.jimenez @ sfr.fr

Tél. fixe : 03 23 24 27 39 Tél. portable : 06 03 86 61 74

Tél. d'une personne pouvant vous joindre rapidement :

Situation familiale : ☒ marié(e) ☐ pacsé(e) ☐ en union libre ☐ séparé(e) ☐ divorcé(e) ☐ veuf(ve) ☐ célibataire

Situation professionnelle : ☐ chômeur ☒ salarié, préciser la profession : ARTISAN couvreur

Employeur : lui-même Tél : 06.03.86.61.74

Si l'élève ne réside pas au domicile des parents, indiquer les coordonnées de la famille l'hébergeant

NOM : Prénom : Vous êtes ☐ famille d'accueil ☐ autre (préciser)

Adresse :

Code postal : Commune : Couriel : @

Tél. fixe : Tél. portable :

Observation(s)s éventuelle(s) (exemple : autres adultes composant la famille, résidence alternée, etc.) :

Composition de la famille au cours de l'année scolaire **2021-2022**

NOM	Prénom	Classe fréquentée	Qualité (interne ou DP)	Nom et adresse du collège ou lycée fréquenté
JIMENEZ	Julian	BTSA	Externe	CFA

Renseignements bancaires

Nom du responsable légal **ET** financier, (il paie les frais scolaires, il est le demandeur de bourse) titulaire du compte (son nom est inscrit **sur le RIB**)

CAISSE REGIONALE DE CREDIT AGRICOLE
MUTUEL DU NORD EST
25, rue Libergier - 51088 Reims Cedex

NORD EST

Relevé d'Identité Bancaire/IBAN

Ce relevé est destiné à etre remis, à vos créanciers ou débiteurs, français ou étrangers, appelés à faire inscrire des opérations à votre compte(virements, paiement de quittances, etc...)

This statement is destined to be delivered, to those of your creditorsor debtors who have transactions posted to your account(credit transfers, invoice payements, etc...)

IBAN International Bank Account Number

FR76 1020 6000 2326 3812 4675 403

Bank Identification Code (SWIFT)

AGRIFRPP802

Domiciliation CAPRO LAON
Téléphone 0323286539

TITULAIRE DU COMPTE : ACCOUNT OWNER

M.OU MME JIMENEZ MAGNIANT LORENZO
4 RUE DE VERDUN
02840 ATHIES SOUS LAON

RIB identifiant de compte national

10206	00232	63812467540	53
code banque	code guichet	numéro de compte	clé RIB

ATTENTION

CE RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE OU POSTAL SERA UTILISE UNIQUEMENT POUR LE REVERSEMENT EVENTUEL DES SOMMES QUI VOUS SONT DUES.

Indispensable pour valider l'inscription : un chèque de 38,50€ pour les demi-pensionnaires au ticket

---

LE RESPONSABLE LEGAL SOUSSIGNE CERTIFIE EXACTS LES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR CETTE FICHE

Il s'engage en outre à :

- AVISER IMMEDIATEMENT L'ETABLISSEMENT DE TOUT CHANGEMENT DE SITUATION, (ADRESSE, DOMICILIATION BANCAIRE, FREQUENTATION SCOLAIRE DES FRERES ET SOEURS),
- REGLER LES FRAIS D'INTERNAT DANS LES DELAIS REGLEMENTAIRES,
- NE PAS RETIRER SES ENFANTS DE L'INTERNAT EN COURS DE TRIMESTRE SCOLAIRE (SAUF CAS DE FORCE MAJEURE).

LU ET APPROUVE,

A Athies, le 12/07/2021

Signature responsable légal & financier

LU ET APPROUVE,

A ATHIES, le 12/07/2021

Signature autre responsable légal

Lycée PAUL CLAUDEL

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS
INFIRMERIE

PHOTO

ANNEE SCOLAIRE : **2021/2022**

Coordonnées de l'élève

NOM : JIMENEZ ..... Prénom : Carmen .....
Date de naissance : 28/05/2004 Classe : T STMG .....
N° de portable de l'élève : 06 .....

Coordonnées des représentants légaux
Responsable à contacter en priorité : Mère .....

NOM du Père : JIMENEZ ....
Prénom : Lorenzo .....
Adresse : 4 Rue de Verdun
02840 Athies sous Laon

NOM de la Mère : Jimenez
Prénom : Karine .....
Adresse : 4 Rue de Verdun
02840 Athies sous Laon

Tél domicile 03 23 24 27 39 ....
Tél travail : 06 03 86 61 74 ...
Portable : 06 03 86 61 74 ..

Tél domicile : 03 23 24 27 39
Tél travail : 03 23 22 31 49
Portable : 06 10 77 03 76

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. Les responsables sont immédiatement avertis.
Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

Maladie dont souffre votre enfant :
..... L'ASTHMATIQUE .....
.....
Traitement : AIRONIR ... MONTELUKAST ... SEIRETIDE .....
..... DESLORATADINE .....
Médecin traitant : Dr BRINGARD .....
Tél : 03 23 24 56 88 .....
Observations particulières (dyslexie, autres …PAI, PAP,PPS) :
.....
.....
Est-il allergique à certains médicaments ? OUI (NON)
Lesquels ? .....

Documents à joindre à cette fiche :
♦ Une photocopie des vaccinations

Remarque : les élèves ne doivent en aucun cas garder un médicament sur eux. Tout traitement doit être déposé à l'infirmerie avec l'ORDONNANCE.

Je soussigné(e)……JIMENEZ……Karine….. responsable légal de l'élève….J.imenez Carmen déclare avoir pris connaissance de cette fiche **date** 12/07/2024 **signature**