



AUTRE PERSONNE A PREVENIR :	
NOM :	PRENOM :
LIEN AVEC L'ETUDIANT(E) :	
ADRESSE :	
TELEPHONE :	
PROFESSION :	
AUTRE PERSONNE A PREVENIR :	
NOM :	PRENOM :
LIEN AVEC L'ETUDIANT(E) :	
ADRESSE :	
TELEPHONE :	
PROFESSION :	

COMMUNICATION

Pour une facilitation de la communication lycée/famille, disposez-vous à domicile :

- D'un accès internet : OUI NON
 - D'un ordinateur : OUI NON

SERVICE INTENDANCE

La réinscription dans l'établissement (et ses services annexes) n'est possible que si l'étudiant est en règle et à jour des paiements dus auprès du service de gestion.

Poindimié le :

Cachet du service :

L'étudiant(e) de BTS, qu'il soit majeur ou mineur, s'engage à respecter le Règlement Intérieur de l'établissement et de ses annexes (internat/restauration) au même titre que tous les autres élèves.

Les étudiants majeurs sont autorisés à quitter l'établissement selon les modalités définies par le règlement intérieur.

Pour les étudiants mineurs, toute sortie doit faire l'objet d'une demande écrite des responsables légaux.

INSCRIPTION EN CLASSE DE BTS GPME 1- RENTREE 2026

Merci d'écrire en lettres capitales.

Réservé à l'administration. Dossier vérifié par :

FICHE DE RENSEIGNEMENTS		
ETUDIANT(E) :		
NOM :		
PRENOMS :		
SEXE : <input type="checkbox"/> FEMININ <input type="checkbox"/> MASCULIN	PHOTO	
DATE DE NAISSANCE :		LIEU DE NAISSANCE :
NATIONALITE : <input type="checkbox"/> FRANCAISE <input type="checkbox"/> AUTRE :		
EMAIL DE L'ELEVE :		TELEPHONE :
RESIDENCE : <input type="checkbox"/> CHEZ LE PARENT 1 <input type="checkbox"/> AUTRE :		
SCOLARITE		
BOURSIER : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI : <input type="checkbox"/> NORD <input type="checkbox"/> SUD <input type="checkbox"/> ILES	AIDE CAFAT : <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	
REDOUBLEMENT : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
REGIME SOUHAITE * : <input type="checkbox"/> DEMI-PENSIONNAIRE <input type="checkbox"/> EXTERNE <input type="checkbox"/> Demande d'internat (fiche à remplir en annexe : l'établissement se réserve le droit de ne pas accéder à la requête)		
TRANSPORT : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	NOM DU TRANSPORTEUR :	
SCOLARITE EN 2025 (<input type="checkbox"/> EXEAT FOURNI)		
ETABLISSEMENT :	CLASSE :	
PARENT 1 PREFERENTIEL ET FINANCIER :		
<input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> TUTEUR/TUTRICE		
NOM :	PRENOM :	
SITUATION FAMILIALE : <input type="checkbox"/> MARIE(E) <input type="checkbox"/> DIVORCE(E) <input type="checkbox"/> VEUF(VE) <input type="checkbox"/> AUTRE :		
NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	NOMBRE D'ENFANTS AU LYCEE :	
ADRESSE :		
TELEPHONE :	EMAIL :	
PROFESSION :		
EMPLOYEUR (nom, adresse, tel) :		
PARENT 2		
<input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> TUTEUR/TUTRICE		
NOM :	PRENOM :	
SITUATION FAMILIALE : <input type="checkbox"/> MARIE(E) <input type="checkbox"/> DIVORCE(E) <input type="checkbox"/> VEUF(VE) <input type="checkbox"/> AUTRE :		
NOMBRE D'ENFANTS A CHARGE : <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	NOMBRE D'ENFANTS AU LYCEE :	
ADRESSE :		
TELEPHONE :	EMAIL :	
PROFESSION :		
EMPLOYEUR (nom, adresse, tel) :		

Signature de l'étudiant(e)

Signatures des responsables légaux

CHARTRE INFORMATIQUE

DOCUMENTS A FOURNIR

Pour tous les étudiants :

- Le dossier d'inscription rempli et signé
- La charte internet signée
- Photocopie d'une pièce d'identité de l'étudiant
- Photocopie de l'attestation de recensement ou JDC
- L'EXEAT** délivré par l'établissement d'origine
- La décision d'affectation
- Les notes du BAC

***Pour les étudiants qui souhaitent intégrer l'internat :**

- Lettre de motivation et d'engagement
- Le dossier d'inscription internat rempli et signé
- La fiche d'urgence internat remplie et signée
- La charte internat signée
- Photocopie d'une pièce d'identité du correspondant

Pour les élèves demandant la demi-pension et l'internat :

- Un **RIB** du responsable financier ou de l'étudiant majeur (nouveaux ou changement)

Pour l'infirmerie :

- Les fiches infirmerie remplies et signées
- Photocopie des cartes couverture sociale (CAFAT, AMG, MUTUELLE)
- Certificat médical attestant que le schéma vaccinal est complet
- Plan d'Accueil Individualisé (PAI) si l'élève est concerné par un problème de santé
- Attestation du PSC et/ou du GQS (Gestes Qui Sauvent) **si obtention.**

PARTICIPATION A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

- Adhésion facultative au Foyer Socio-éducatif (**FSE**) du lycée Antoine Kéla (1000 CFP en espèce ou par chèque à l'ordre du « FSE du lycée Antoine Kéla »).

- Adhésion facultative à l'Association Sportive (**UNSS**) du lycée Antoine Kéla auprès du professeur d'EPS à la rentrée.

REGLEMENT DES FRAIS SCOLAIRES

Les frais d'internat et de demi-pension sont forfaitaires et trimestriels. Ils sont à régler dès réception des factures.

FONDS SOCIAL LYCEEN

Pour toute demande d'aide au fonds social lycéen (frais scolaires, livres, transport etc....), l'assistante sociale scolaire est présente tous les lundis au lycée (Tél : 42.65.54)

Je m'engage :

- À respecter les personnes et leur vie privée/ la neutralité religieuse et politique
- À préciser la ou les source(s) des informations que je diffuse
- À protéger mon espace personnel par un mot de passe et à sortir de ma session après usage
- À ne pas supprimer des fichiers qui ne m'appartiennent pas
- À ne pas télécharger des fichiers sans y avoir été invité par un enseignant
- À ne stocker aucune donnée qui sorte du cadre pédagogique
- À ne pas boire ni manger dans les salles informatiques
- À modérer les impressions
- À respecter le matériel dans le cas d'un accès en autonomie à une salle informatisée

NOM: _____

PRENOM: _____

Classe: _____

Signature de l'élève:

FICHE D'URGENCE INTERNAT

Nom de l'établissement: Lycée Antoine KELA

Année scolaire: 2026

ELEVE :	
NOM :	
PRENOMS :	
DATE DE NAISSANCE :	LIEU DE NAISSANCE :
COUVERTURE SOCIALE	<input type="checkbox"/> CAFAT : <input type="checkbox"/> MUTUELLE : <input type="checkbox"/> AMG A : <input type="checkbox"/> AMG B : <input type="checkbox"/> AUTRE (préciser) :

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en écrivant ci-dessous les numéros de téléphone sans erreur et en nous prévenant en cas de changement.

PERE :	
NOM :	PRENOM :
TELEPHONE :	
MERE :	
NOM :	PRENOM :
TELEPHONE :	
AUTRE PERSONNE A PREVENIR 1 :	
LIEN :	<input type="checkbox"/> CORRESPONDANT <input type="checkbox"/> FAMILLE <input type="checkbox"/> AUTRE :
NOM :	PRENOM :
TELEPHONE :	
AUTRE PERSONNE A PREVENIR 2 :	
LIEN :	<input type="checkbox"/> CORRESPONDANT <input type="checkbox"/> FAMILLE <input type="checkbox"/> AUTRE :
NOM :	PRENOM :
TELEPHONE :	

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers le centre hospitalier 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.

Appareillage : Lunettes Appareil auditif Autres précisez : _____

PAI l'année dernière : OUI NON **cette année** OUI NON

APTA l'année dernière : OUI NON **cette année** OUI NON

Autres suivis, précisez (psychologue, éducateur, famille d'accueil...) _____

AUTORISATION PARENTALE

AUTORISATION DE SOINS ET/OU D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés monsieur et/ou Madame _____,
autorisons tous les soins nécessaires (délivrance de médicaments, de traitements,
anesthésie) de notre fille/fils _____, au cas où elle/il aurait
à subir une hospitalisation ou une intervention chirurgicale urgente.

A _____ le _____

Signature des parents :

Date du dernier vaccin antitétanique _____

Médecin traitant: _____ N° téléphone: _____

Observations particulières que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement
(allergies, traitement en cours, précaution particulière à prendre...) :



**Lycée Antoine KELA
2026**

Pour une meilleure prise en charge sanitaire de votre enfant, il est important que cette fiche soit correctement remplie et signée. BO n°1 du 06.01.2000 Les vaccins obligatoires doivent être à jour, délibération n°21/CP des 04 mai 2006 et n°45/CP du 20 avril 2011 du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Nom :Prénom :

Adresse :

Né(e)le :.....Classe en 2026 :

Régime : Externe Demi-pensionnaire Interne
PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE :

PERE OU TUTEUR LEGAL		MERE OU TUTRICE LEGALE		AUTRE PERSONNE (dont correspondant)	
Nom		Nom		Nom	
Prénom		Prénom		Prénom	
Tél dom :	tél trav :	Tél dom :	Tél trav :	Tél dom :	Tél trav :
Tél portable :		Tél portable :		Tél portable :	

COUVERTURE SOCIALE : Aide médicale A ou B (sud, nord, iles)..... N°.....
Mutuelle N°.....
Cafat/Ruamm N°.....

VACCINATION : (JOINDRE OBLIGATOIREMENT LES PHOTOCOPIES DES VACCINATIONS DU CARNET DE SANTE OU L'ETAT DE VACCINATION FOURNI PAR LE MEDECIN TRAITANT)

Autres vaccinations non obligatoires : HPV 1^{ère} injection 2^e injection

Médecin traitant :..... **Téléphone :**.....

AUTORISATION PARENTALE :

En cas d'urgence, l'élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. L'établissement scolaire s'efforce d'avertir le plus rapidement possible la famille.

Nous, soussignés, Monsieur et/ou Madame.....Père / Mère / tuteur légal, de l'élève autorisons le chef d'établissement à prendre les mesures nécessaires au maintien de l'état de santé de mon enfant :

Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précautions particulières à prendre) :

.....

Fait à :..... **le :**.....**Signature des parents (obligatoire)**

AUTORISATION DE DELIVRANCE DE MEDICAMENT :

Oui nous autorisons l'infirmier(ère) à délivrer un médicament à notre enfant (selon la liste figurant dans le Bulletin officiel n°14 du 06 janvier 2000 tel que le paracétamol, le spasfon,....)

Non nous n'autorisons pas l'infirmier(ère) à délivrer des médicaments à notre enfant et nous engageons à venir le récupérer dès que son état de santé le nécessite.

.....

Fait à :..... **le :**.....**Signature des parents (obligatoire)**

Tournez la page s'il vous plait

Renseignements médicaux

Si les renseignements médicaux relèvent d'une confidentialité, remettre cette fiche sous enveloppe (nom + prénom de l'élève) à l'infirmier(ère) ou au chef d'établissement

A compléter si votre enfant est :

- Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicaments durant le temps scolaire
- Susceptible de prendre un traitement d'urgence
- Atteint d'un handicap, d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire
- Bénéficie d'un PAI ou d'un APTA (préciser dans la case *Traitements médicaux*)

Il est de votre intérêt et de celui de votre enfant que la fiche ci-dessous soit parfaitement renseignée.

<i>Problèmes de santé de votre enfant</i>	<i>OUI</i>	<i>NON</i>	<i>Traitements médicaux (joindre 1 copie de l'ordonnance)</i>
PULMONAIRE Asthme Autres, lesquels :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CARDIAQUE Rhumatisme Articulaire Aigu (RAA) : dernier RDV chez le dentiste et le cardiologue..... Souffle au cœur..... Autres, lesquels	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Date :
Epilepsie..... Spasmophilie..... Diabète ALLERGIE : Laquelle..... Si oui fournir un certificat médical de la conduite à tenir et le traitement	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
PROBLEMES VISUELS Si oui Lequel..... Port de lunettes et/ou lentilles (préciser).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PROBLEMES AUDITIFS Surdité Port d'appareil Autres lesquels.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HANDICAP Si oui lequel : Taux de reconnaissance de%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
TROUBLE DES APPRENTISSAGES (dys) Si oui lequel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SUIVI de votre enfant Dernier RDV chez le dentiste Psychologique..... Orthophonique..... En famille d'accueil..... Par un éducateur Autre suivi	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Date :

Autres problèmes de santé à signaler :

.....

En fonction des renseignements portés sur cette fiche, vous pouvez être contacté par l'infirmier(ère) scolaire de l'établissement pour établir si vous le souhaitez un **Projet d'Accueil Individualisé (PAI)**, conformément à circulaire n° 2003-135 du 8 septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Vu et pris connaissance, Signature des parents (obligatoire)

Date :



Le Foyer Socio-Educatif (F.S.E.) du Lycée A. KELA La Case des lycéens

Une ASSOCIATION AU SERVICE des ÉLÈVES

Le F.S.E. regroupe les élèves, les enseignants et les membres du personnel du lycée volontaires.
Le bureau est constitué par élection chaque début d'année scolaire lors de son Assemblée Générale.

SES OBJECTIFS :

- Valoriser les projets ou les activités culturels, artistiques ou sportifs.
- Promouvoir le sens des responsabilités, de l'autonomie et développer la vie sociale du lycée.
- Rendre les élèves acteurs et impliqués dans la vie associative.



UN ESPACE DE VIE DÉDIÉ AUX ÉLÈVES

Un foyer situé au sein de l'internat du lycée dispose :

- ✓ D'un espace de repos avec canapés, télé, ...
- ✓ D'un espace de jeu avec des baby-foots, des tables de ping-pong ainsi que des ballons, des boules de pétanques ou encore des jeux de société.
- ✓ D'une cafétéria gérée et animée par des élèves volontaires
- ✓ D'une salle de musique

LES PRINCIPALES RESSOURCES du F.S.E.

- Cotisation des parents en début d'année lors de l'inscription au lycée
- Vente de pains au chocolat quotidienne
- Recettes de la cafétéria et vente de produits divers
- Diverses actions selon les années (tombola, photos de classe, vide-grenier,...)

QUI PERMETTENT

UN ACCOMPAGNEMENT QUI VALORISE LES COMPETENCES DE NOS ELEVES :

→ Atelier couture, logistique de la salle de musique, préparation à la journée mélanésienne, gestion de la cafétéria, gestion vente de pains au chocolat, ...

UN ACCOMPAGNEMENT QUI CONTRIBUE A LA REUSSITE SCOLAIRE DE NOS ELEVES :

→ sortie théâtre, projet d'orientation, la semaine des maths, la semaine des langues, accompagnement pour préparer au Grand Oral, formation aux gestes de 1^{er} secours (PSC 1), ...

UN ACCOMPAGNEMENT QUI ASSURE LE BIEN-ETRE DES ELEVES :

→ Kela Color Race (course pédestre colorée), la semaine de l'amour (éducation à la santé sexuelle et affective, sensibilisation aux violences intrafamiliales, et au harcèlement...), aménagement du lycée et du foyer...



Pour assurer la poursuite de notre engagement en faveur de nos élèves, nous vous invitons à compléter et à joindre le coupon de cotisation au FSE avec un règlement d'un **montant de 1 000fr par enfant**.

😊 **Le bureau du F.S.E. vous remercie grandement pour votre coopération.** 😊



Par ailleurs, dans le cadre des **photos de classe annuelles**, proposées par le F.S.E. du Lycée, nous vous demandons sur le coupon ci-dessous de bien vouloir, en tant que responsable légal, cocher la case correspondant à votre accord ou non à ce que votre enfant soit pris en photo.

(Coupon à déposer à la vie scolaire avec règlement le cas échéant)

Cotisation au F.S.E + Autorisation pour Photo de Classe

Je soussigné.e (nom et prénom du responsable légal.e)
responsable de l'élève

➤ participe ne participe pas à la cotisation annuelle d'un montant de 1 000fr (par enfant), qui permet de soutenir l'accompagnement du Foyer Socio-Educatif dans les divers projets de notre lycée.
(Si cotisation par chèque, ordre au nom du FSE du lycée A. KELA)

➤ autorise n'autorise pas mon enfant à être pris en photo.
(Les élèves dont l'autorisation parentale n'aura pas été validée ne seront pas sur la photo de classe)

Date :

Signature du responsable légal :



Réf. : Délibération n°64/CP du 19 avril 2017 instituant le chapitre 1er du sous-titre 1er du titre 1er du livre III de la partie réglementaire de l'ancien code de la santé publique applicable en Nouvelle-Calédonie (vaccinations) et portant diverses mesures d'ordre social et son annexe

Ce certificat doit être rempli par un médecin pour toute inscription dans un nouvel établissement scolaire

Je soussigné (e) Docteur

Certifie que l'enfant :

Nom : Prénom :

Né (e) le Sexe : F /__ / M /__ /

Est à jour des vaccinations obligatoires selon le calendrier vaccinal en vigueur en Nouvelle Calédonie.

	Injections (dates)	Rappels (dates)
DIPHTERIE TETANOS POLIOMYELITIS	1)	R1)
	2)	R2)
	3)	R3)
COQUELUCHE	1)	R1)
	2)	R2)
		R3)
HAEMOPHILUS INFLUENZAE B	1)	R1)
	2)	
HEPATITE B	1)	
	2)	
	3)	
ROUGEOLE OREILLONS RUBEOLE	1)	
	2)	
TUBERCULOSE	BCG	
IDR A LA TUBERCULINE		Résultat :

Commentaires :

(En cas de contre-indication médicale, merci de le mentionner en précisant la vaccination concernée)

Date :

Cachet et signature du médecin :

DEMANDE D'INSCRIPTION EN INTERNAT- RENTREE 2026-BTS

(Merci d'écrire en lettres capitales)

La demande doit être accompagnée d'une lettre de motivation et d'engagement de l'étudiant et de sa famille.

Cette demande sera examinée en commission, l'admission à l'internat ne constituant ni un droit pour l'étudiant, ni une obligation pour le lycée.

En cas d'admission, l'inscription n'est possible que si l'étudiant a un correspondant, lequel doit résider sur les communes de Poindimié, Touho ou Ponerihouen.

Le correspondant s'engage à être joignable et à répondre à toutes les sollicitations de l'établissement (fermeture du lycée, exclusion de l'élève, maladie, rendez-vous extérieur).

Il peut être appelé à toute heure de la journée et/ou de la nuit.

Pour les mineurs, seules les demandes de sortie **écrites** effectuées par les responsables légaux peuvent être acceptées.

FICHE DE RENSEIGNEMENTS	
ETUDIANT(E) :	
NOM :	
PRENOMS :	
SEXE : <input type="checkbox"/> FEMININ <input type="checkbox"/> MASCULIN	
MAJEUR : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
ADRESSE (si différente de celle des parents) :	
PARENT 1	
<input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> TUTEUR/TUTRICE	
NOM :	PRENOM :
ADRESSE :	
TELEPHONE :	
PARENT 2	
<input type="checkbox"/> PERE <input type="checkbox"/> MERE <input type="checkbox"/> TUTEUR/TUTRICE	
NOM :	PRENOM :
ADRESSE :	
TELEPHONE :	
CORRESPONDANT	
LIEN AVEC L'ETUDIANT(E) :	
NOM :	PRENOM :
ADRESSE :	
TELEPHONE :	
PROFESSION :	
TELEPHONE PROFESSIONNEL :	

Signature du correspondant

TROUSSEAU DE L'ÉLÈVE

Les élèves doivent être détenteurs d'un trousseau fourni par la famille :

- 2 draps de dessus
- 2 enveloppes de traversin
- cintres
- vêtements de nuit
- 2 draps du dessous
- 1 cadenas
- nécessaire de toilette



- Les déodorants en spray sont interdits car ils déclenchent les alarmes incendie.

Matériel fourni par l'établissement :

- Couverture
- Traversin
- protège matelas
- lampe de chevet

Une machine à laver le linge est à disposition des élèves. La lessive n'est pas fournie (100frs la dose auprès du FSE)

L'internat, en tant que service annexe du lycée A. KELA, fait l'objet d'articles qui régissent son fonctionnement dans le règlement intérieur de l'établissement.

L'étudiant(e) s'engage à les respecter sous peine de se voir appliquer les punitions/sanctions qui y figurent.

AUTORISATION DE SORTIE le mercredi (élève mineur)

Je soussigné(e).....responsable légal de l'élève..... Classe.....

autorise mon enfant à sortir tous les mercredis après-midi de 13h à 15h (cf règlement intérieur) :

OUI

NON

Signature du responsable légal 1

Signature du responsable légal 2