

FICHE DE DEMANDE D'INSCRIPTION
Classe de Terminale.....
Sous réserve de l'accord du Chef d'Etablissement

ELEVE : NOM :		Prénoms :	
Sexe : F - M	Né(e) le : / /	A :	Pays :
Nationalité 1 :		Elève boursier : <input type="checkbox"/> OUI - <input type="checkbox"/> NON	
Nationalité 2 (éventuellement) :			
ETABLISSEMENT D'ORIGINE :	Classe suivie en 2019/2020:	LV1	LV2
VILLE ET PAYS :			
ENSEIGNEMENT DE SPECIALITE AU CHOIX			
Porter un n° d'ordre de priorité dans les cases correspondantes. Les choix seront satisfaits dans la mesure où l'effectif de l'option sera suffisant et où les horaires des options demandées pourront être rendus compatibles.			
Mathématiques <input type="checkbox"/> (TES)	Mathématiques <input type="checkbox"/> (TS)	T L : Anglais LV approfondi et LELE Anglais <input type="checkbox"/>	
ou	ou		
Sciences Sociales et Politiques <input type="checkbox"/> (TES)	S.V.T. <input type="checkbox"/> (TS) ou Sciences Physiques <input type="checkbox"/> (TS)		
Autre <input type="checkbox"/> (T L ou T ES) _____			
(Attestation du CNED obligatoire)			
OPTIONS FACULTATIVES (2 options maximum au choix)			
Porter un n° d'ordre de priorité dans les cases correspondantes. Les choix seront satisfaits dans la mesure où l'effectif de l'option sera suffisant et où les horaires des options demandées pourront être rendus compatibles.			
Latin : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Arts Plastiques : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Section européenne : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>(élève issu d'une SE) ou (sous réserve d'admission dans cette section après réussite aux tests)</i>	
RESPONSABLE 1 (destinataire de la facturation) :		RESPONSABLE 2 :	
NOM :		NOM :	
Prénom :		Prénom :	
Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Profession :		Profession :	
Organisme :		Organisme :	
Adresse au Burkina Faso :		Adresse au Burkina Faso :	
Adresse e-mail (obligatoire) :		Adresse e-mail (obligatoire) :	
Tél Dom. : _____ - Cél. : _____		Tél Dom. : _____ - Cél. : _____	
Tél Bureau : _____		Tél Bureau : _____	

Frères et sœurs au Lycée et/ou à l'Ecole Saint-Exupéry

NOM				
PRENOM				
CLASSE				

Fait à : _____ le : _____

Signature du responsable : _____

Décision du Chef d'Etablissement
<input type="checkbox"/> Admis (e) de droit dans la classe demandée
<input type="checkbox"/> Test de positionnement
Résultats test de positionnement
<input type="checkbox"/> Admis dans la classe demandée
<input type="checkbox"/> Admis en classe de :
Date :/...../2020

Visa du Chef d'Etablissement
 Stéphanie JOUAN

PAIEMENT DES FRAIS DE 1ère INSCRIPTION (non remboursable) Visa du comptable
Date : _____