

DOSSIER DE CANDIDATURE – RENTREE 2026**INTERNAT LYCEES**

**ROSA PARKS - SAINT-DENIS
VOILLAUME - AULNAY-SOUS-BOIS
JACQUES FEYDER - EPINAY-SUR-SEINE
ALFRED NOBEL - CLICHY-SOUS-BOIS**

dossier réceptionné en date du : ____ / ____ / ____

ETABLISSEMENTS SOLLICITES		COMMUNE
Vœu 1		
Vœu 2		
Vœu 3		
Vœu 4		

NIVEAU DE CLASSE SOLLICITE (COCHEZ LA CASE CORRESPONDANTE)		
☐ 2NDE	☐ 1ERE	☐ TERMINALE

IDENTITE DE L'ELEVE	
Nom : Prénom :	
RNIE : (N° sur certificat de scolarité ou voir le secrétariat établissement)	
Né(e) le : ____ / ____ / ____ Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille	
Etablissement ou école fréquenté(e) en 2025-2026 :	
Nom :	
Ville : Département :	
Classe de l'élève au moment de la constitution du dossier :	

RESPONSABLE LEGAL 1	RESPONSABLE LEGAL 2
☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur	☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur
Nom/Prénom :	Nom/Prénom :
Adresse (si différente de celle du domicile de l'élève) :	Adresse (si différente de celle du domicile de l'élève) :
Téléphone fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	Téléphone fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Téléphone portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	Téléphone portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Adresse courriel :	Adresse courriel :
☐ J'atteste avoir pris connaissance des modalités d'admission et m'être renseigné(e) sur les règles de vie collective en internat.	☐ J'atteste avoir pris connaissance des modalités d'admission et m'être renseigné(e) sur les règles de vie collective en internat.
☐ J'atteste être en accord avec le projet éducatif et pédagogique de l'internat.	☐ J'atteste être en accord avec le projet éducatif et pédagogique de l'internat.
Date : ____ / ____ / ____	Date : ____ / ____ / ____
Signature :	Signature :

En cas de déménagement à venir, future adresse (avec justificatif du lieu et de la date d'emménagement) :
--

Annexe 1

RESERVE A L'ETABLISSEMENT D'ORIGINE	
L'élève est-il déjà en internat ?	☐ oui ☐ non
Si oui lequel ?	
L'élève est-il boursier ?	☐ oui ☐ non
L'établissement d'origine est-il en zone d'éducation prioritaire ?	☐ oui ☐ non
AVIS MOTIVE DU PROFESSEUR PRINCIPAL	
sur le profil, le projet, l'autonomie et l'intérêt de l'internat pour l'élève <i>(un rapport plus détaillé peut être joint si nécessaire)</i>	
Nom : Date : ____ / ____ / ____ Prénom : Signature :	
AVIS DE L'ASSISTANT DU SERVICE SOCIAL SCOLAIRE	
<i>(uniquement pour les élèves actuellement au collège)</i>	
☐ FAVORABLE ☐ RESERVE	
Nom : Date : ____ / ____ / ____ Prénom : Signature :	
OBLIGATOIRE : AVIS MOTIVE DU CHEF D'ETABLISSEMENT	
Nom : Date : ____ / ____ / ____ Prénom : Cachet et Signature :	
RESERVE A L'ADMINISTRATION	
<i>(DSDEN du département d'origine de scolarisation)</i>	
L'élève concerné est-il issu d'un quartier de la politique de la ville ? ☐ oui ☐ non	
DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER	
☐ copie des bulletins trimestriels de l'année en cours ☐ copie des bulletins trimestriels de l'année 2025/2026 ☐ une lettre de motivation, pour l'internat, de l'élève et de ses représentants légaux ☐ un justificatif d'attribution de bourse (uniquement pour les élèves actuellement au collège) ☐ un justificatif de domicile en cas de déménagement à venir	

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SOCIAUX
INTERNAT LYCEE

A envoyer à la conseillère technique de service social chargée du dossier internat
A compléter par l'assistant de service social scolaire de l'établissement d'origine

L'ELEVE			
Nom : Prénom :			
INE : (N° sur certificat de scolarité ou voir le secrétariat établissement)			
Né(e) le : ____ / ____ / ____ Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille			
Adresse :			
Code postal : Ville :			
Etablissement fréquenté en 2025-2026 :			
Classe fréquentée :			
L'élève bénéficie-t-il :		Préciser (type de suivi, fréquence, services de prise en charge, coordonnées...)	
▪ d'un suivi éducatif ?		☐ Oui	☐ Non
▪ d'une notification MDPH ?		☐ Oui	☐ Non
▪ d'un suivi médical nécessitant :			
○ une prise en charge particulière		☐ Oui	☐ Non
○ d'un suivi psychologique		☐ Oui	☐ Non
REPRESENTANT LEGAUX DE L'ELEVE			
L'élève vit avec : ☐ ses parents ☐ son père ☐ sa mère ☐ autre (à préciser) :			
Si l'enfant ne vit pas avec sa famille, préciser sa situation (foyer, famille d'accueil, famille nourricière) :			
RESPONSABLE LEGAL 1 Nom/Prénom : Adresse (si différente de celle du domicile de l'élève) : Téléphone fixe :/...../...../..... Téléphone portable :/...../...../..... Profession :		RESPONSABLE LEGAL 2 Nom/Prénom : Adresse (si différente de celle du domicile de l'élève) : Téléphone fixe :/...../...../..... Téléphone portable :/...../...../..... Profession :	
Autre représentant légal (si les parents n'assurent pas la responsabilité légale de l'élève) Qualité : Adresse : Téléphone fixe :/...../...../..... Téléphone portable :/...../...../.....			
ENFANT(S) VIVANT AVEC L'ELEVE CONCERNE			
Noms / Prénoms	Né(e) le	Scolarité	Lien de parenté avec l'enfant *
	/...../.....		
	/...../.....		
	/...../.....		
*Frère / sœur / demi-frère / cousin(e) / sans parenté / etc			

DOCUMENT CONFIDENTIEL

LOGEMENT	
Nombre de pièces : Nombre d'occupants :	
ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL SCOLAIRE	
Nom : Prénom :	
Téléphone :/...../...../...../.....	
ELEMENTS RECUEILLIS PAR L'ASSISTANT DE SERVICE SOCIAL SCOLAIRE	
Situation familiale (<i>conflits familiaux, difficultés éducatives, famille recomposée, parent isolé, fratrie...</i>) 	
Conditions de vie (<i>logement, chômage, conditions de vie précaires, isolement...</i>) 	
Situation financière (<i>minima sociaux, endettement...</i>) 	
Environnement autour de l'élève : (<i>problèmes de comportement, problèmes de bandes, difficultés dans le quartier, dans l'établissement scolaire, menaces...</i>) 	
Motivation du jeune pour le projet d'internat ; évaluation de l'impact de la séparation ; autonomie dans les transports 	
Avis motivé de l'Assistance sociale scolaire : ☐ FAVORABLE ☐ RESERVE	

FICHE DE RENSEIGNEMENTS SANTE

INTERNAT LYCEE

A compléter par : l'infirmier(e) scolaire de l'établissement d'origine.

A transmettre au : service infirmier en faveur des élèves, à l'attention de la conseillère technique siégeant en commission.

A adresser par voie électronique au : ce.93inf@ac-creteil.fr

ELEMENTS DE SANTE FOURNIS PAR L'INFIRMIER(E)

Nom :

Prénom :

Né(e) le : ____ / ____ / ____ à :

Sexe : ☐ Garçon ☐ Fille

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Etablissement fréquenté en 2025-2026 :

Classe fréquentée :

Nom de l'infirmier(e) :

Nom du médecin :

L'élève est-il connu du personnel infirmier :

☐ Oui ☐ Non

L'élève relève-t-il d'un protocole particulier ou spécifique (PAI, PAP, MDPH....) :

☐ Oui ☐ Non

DESCRIPTIF DES ELEMENTS DE SANTE IMPORTANTS A CONNAITRE LORS DE LA COMMISSION

(rayer ce cadre si aucun élément)

DOCUMENT CONFIDENTIEL

