



## Campus Jeanne d'Arc | site du Parc

Adresse administrative : 10, rue Général de Gaulle – 76310 Sainte-Adresse

Lieu des cours : 37, rue Général de Gaulle – 76310 Sainte-Adresse

Tél. 02 35 54 65 69 ■ [rozenn.le-madec@esja.fr](mailto:rozenn.le-madec@esja.fr)

Photo  
à coller  
obligatoirement

### DOSSIER D'INSCRIPTION 2025-2026

## BTS Management Commercial Opérationnel formation en voie scolaire

### Identification de l'étudiant

Nom : .....

Prénoms : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

Né(e) le : ..... Lieu de naissance : .....

Adresse étudiant : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone étudiant : .....

Mail étudiant : .....

Nationalité : .....

Langue(s) vivante(s) étudiée(s) : LVA : .....

LVB (option, engagement pour 2 ans) : .....

### Scolarité :

Années	Classe	Établissements fréquentés	Diplômes obtenus
2024-2025			
2023-2024			
2021-2022			
2020-2021			

### Réservé à l'administration

Acompte versé :  Oui

Chèque N° .....  Espèces / Reçu N° ..... Montant .....

Saisi sur edt :  Oui le : ..... par : .....

Saisi par la comptabilité :  Oui le : ..... par : .....  Facture mail.

## Responsable légal(e) 1

Père  Mère  Responsable légal(e) de l'étudiant (ex. famille d'accueil, foyer, tiers de confiance)

Nom : .....

Prénoms : .....

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Vie maritale  Séparé(e)  Divorcé(e)  Remarié(e)  Veuf/Veuve

Autre cas (précisez) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Mobile : .....

Adresse mail : .....

Occupe un emploi  Demandeur d'emploi  Préretraite, retraite  Autre (précisez) : .....

Profession : ..... Employeur : .....

## Responsable légal(e) 2

Père  Mère  Responsable légal(e) de l'étudiant (ex. famille d'accueil, foyer, tiers de confiance)

Nom : .....

Prénoms : .....

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Vie maritale  Séparé(e)  Divorcé(e)  Remarié(e)  Veuf/Veuve

Autre cas (précisez) : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Mobile : .....

Adresse mail : .....

Occupe un emploi  Demandeur d'emploi  Préretraite, retraite  Autre (précisez) : .....

Profession : ..... Employeur : .....

## Responsable payeur (si différent du responsable légal)

Nom : .....

Prénoms : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Mobile : .....

Adresse mail : .....

## Mode de règlement

Prélèvement automatique  Chèque trimestriel  Autre (précisez) : .....

## Informations liées aux éventuels troubles de l'apprentissage

Point d'attention : pour les personnes concernées, les documents demandés ci-après sont indispensables pour faire la demande d'aménagements pour les épreuves d'examen.

Reconnaissance MDPH :  Oui, nous transmettre alors une copie de la notification

Non

L'étudiant a-t-il une reconnaissance de trouble lié au langage et/ou aux apprentissages (TSLA) :

Oui, de quelle(s) nature(s) : .....  
Nous fournir le dernier bilan.

Non

L'étudiant a-t-il bénéficié d'un aménagement pour les épreuves du baccalauréat :

Oui, nous transmettre alors une copie de la décision d'aménagement

Non

Je souhaite inscrire mon enfant au campus Jeanne d'Arc et accepte sans réserve le projet éducatif et les conditions, notamment financières, qui m'ont été présentées.

Je verse un acompte de 250€ (par chèque à l'ordre du LPO Jeanne d'Arc)

à valoir sur la facturation de l'année scolaire à venir – non remboursable en cas de désistement, sauf si redoublement imprévu.

Le chèque n'est pas encaissé tant que le dossier est en attente ou sous réserve de place.

Signature de l'étudiant  
Précédée de la mention  
« lu et approuvé »

Signature du Responsable Légal 1  
Précédée de la mention  
« lu et approuvé »

Signature du Responsable Légal 2  
Précédée de la mention  
« lu et approuvé »

Fait à : .....

Fait à : .....

Fait à : .....

Le : .....

Le : .....

Le : .....

## Pièces à joindre obligatoirement

(Tout dossier incomplet ne sera pas retenu)

- Baccalauréat** : Joindre une photocopie du diplôme et le relevé de notes
- Carte d'identité** de l'étudiant recto-verso
- Photographie de l'étudiant** (àagrafer en 1<sup>ère</sup> page)
- Pour les étudiants boursiers** : Joindre la notification de bourse du CROUS dès réception
- Chèque de 50€** pour les frais de dossier (non remboursable en cas de désistement)
- Acompte de 250€** par chèque de préférence à l'ordre du LPO Jeanne d'Arc, par virement ou en espèce, à valoir sur la contribution familiale de la prochaine année scolaire (non remboursable en cas de désistement)
- RIB** (en cas de prélèvement automatique) : Joindre une photocopie
- Carte Vitale** de l'étudiant
- Fiche médicale** : Annexe dernière page

Taille pour la commande du sweat XS, S, M, L, XL, XXL, XXXL (taille homme – coupe mixte) : .....



**Campus Jeanne d'Arc**  
[www.ensemblescolaire-jeannedarc.fr/campus/](http://www.ensemblescolaire-jeannedarc.fr/campus/)





## FICHE MEDICALE

Fiche remplie le : .....

Nom de l'étudiant : .....

Prénom(s) de l'étudiant : .....

Filière : .....

N° de sécurité sociale de l'étudiant : .....

*(même s'il est mineur, ce numéro est disponible sur l'attestation des droits du responsable)*

Au lycée, l'étudiant bénéficiait-il d'un PAI ?  Oui  Non

*Si oui, nous fournir la copie du PAI ainsi que tous les documents médicaux à votre disposition*

L'étudiant est-il atteint des maladies suivantes :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Affection respiratoire | <input type="checkbox"/> Allergies : lesquelles : ..... |
| <input type="checkbox"/> Asthme                 | <input type="checkbox"/> Diabète                        |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie              | <input type="checkbox"/> Hémophilie                     |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn       | <input type="checkbox"/> Autre : préciser : .....       |

L'étudiant a-t-il un handicap :

- Moteur : préciser : .....  Autre : préciser : .....
- Auditif : préciser : .....

L'étudiant prend-il un traitement régulièrement :  Non  Oui : préciser : .....

L'étudiant a-t-il un suivi en consultation spécialisée : (orthophonie, psychologie...)  Non  Oui : préciser : .....

Médecin traitant : Nom : ..... Tél : .....

Adresse : .....

Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : ..... Tél : .....