SAINT JOSEPH
LYCÉE PROFESSIONNEL
— ASSOMPTION —
LYON

Num. dossier : ***Merci de ne rien inscrire dans ce tableau***

| Date envoi : | Date du R.D.V : | Dos. Déf. Donné ou envoyé le : |
|---|---|---|
| ..... / ..... / ..... | ..... / ..... / ..... | ..... / ..... / ..... |
| **Date retour :** ..... / ..... / ..... Réf. F.I. : | **Avis :** ..... | **Date retour :** ..... / ..... / ..... Réf. acc. : |

# 2026-2027 DEMANDE D'ADMISSION

PHOTO
**Obligatoire**

## CLASSE DEMANDEE (cocher une case) :

❑ 3ème Prépa Métiers

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE CANDIDAT :

**Nom** (en lettres capitales) : _____ **Prénom** : _____ Sexe : G ❑ F ❑ Age : ___

Date de naissance : ___/___/___ Lieu et département de naissance : _____ Nationalité : _____

Adresse : _____

Code Post. : _____ Commune : _____ Tél. Dom : _____ Tél. Port. : _____

En 2025/2026, Nom et adresse de l'établissement fréquenté : _____

_____

Classe : _____ (**préciser** : Général, Prépa pro, SEGPA, ULIS ...) Langues vivantes : _____

Classe(s) redoublée(s) : _____ Nombre de frères et sœurs : _____

Comment avez-vous connu le Lycée Saint Joseph ? (Cocher la case correspondante)

CIO❑ Connaissance❑ ETAB. Fréquenté❑ Mondial des métiers❑ ONISEP❑ Internet❑ Autres (préciser) :

_____

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS (OU LES) RESPONSABLE(S) :

***I - Personne qui a légalement la charge du candidat :***

***préciser :*** ❑ ***marié(e)*** ❑ ***union libre*** ❑ ***séparé(e)*** ❑ ***divorcé(e)*** ❑ ***veuf, veuve*** ❑ ***célibataire***

Qualité : _____
(Père, mère, tuteur...)

Nom : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Adresse Mail : ----------
Tel. Travail : ----------
Tel. Personnel : ----------
Tel. Portable : ----------

***II - Autre responsable :***

***S'il s'agit du conjoint, préciser :***

❑ ***marié(e)*** ❑ ***union libre*** ❑ ***séparé(e)*** ❑ ***divorcé(e)*** ❑ ***veuf, veuve*** ❑ ***célibataire***

Qualité : _____
(Père, mère, tuteur...)

Nom : _____

Prénom : _____

Profession : _____

Adresse Mail : ----------
Tel. Travail : ----------
Tel. Personnel : ----------
Tel. Portable : ----------

Je, soussigné(e) : _____, certifie exactes les déclarations ci-dessus.

**Date et signature :**

Le : ..... / ..... / .....

✉ 327, rue Garibaldi - 69363 LYON Cedex 07 ☎ : 04 78 72 21 72 / Fax : 04 78 72 25 57
Email : lpptjoseph@assomption-garibaldi.org Site : www.assomption-garibaldi.org

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# AVIS

(réservé à la direction)

- ❑ Favorable (sous réserve du maintien des résultats et de l'attitude actuelle)
- ❑ Favorable, si progrès : 2ème entretien le : ..... (avec le 2ème bulletin)
- ❑ Liste d'attente

327, rue Garibaldi - 69363 LYON Cedex 07 ☎ : 04 78 72 21 72 / Fax : 04 78 72 25 57
Email : lppstjoseph@assomption-garibaldi.org Site : www.assomption-garibaldi.org