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

Obligatoire

PHOTO

CLASSE DEMANDEE (cocher une case) :

CAP 1ère année :

❑ Opérateur Opératrice Logistique ❑ Equipier Polyvalent du Commerce

CAP 2ème année :

❑ Opérateur Opératrice Logistique ❑ Equipier Polyvalent du Commerce

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 :

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