SAINT JOSEPH
LYCEE 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 :	**Avis :**	**Date retour :**
..... / ..... /	.....	..... / ..... / .....
Réf. F.I. :		Réf. acc. : .....

2026 - 2027 DEMANDE D'ADMISSION

Famille des Métiers de la Relation Client

PHOTO
Obligatoire

CLASSE DEMANDEE (cocher une case) :

2nde BAC professionnel Métiers de la relation client

❑

1ère BAC professionnel :

❑ **Option A : AGEC : Animation et Gestion de l'Espace Commercial (Commerce)**
❑ **Option B : PVOC : Prospection et Valorisation de l'Offre Commercial (Vente)**
❑ **Métier de l'Accueil**

TERM. BAC professionnel :

❑ **Option A : AGEC : Animation et Gestion de l'Espace Commercial (Commerce)**
❑ **Option B : PVOC : Prospection et Valorisation de l'Offre Commercial (Vente)**
❑ **Métier de l'Accueil**

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 signatures :

✉ 327, rue Garibaldi - 69353 LYON Cedex 07/ ☎ : 04 78 72 21 72 / Fax : 04 78 72 25 57 / Email : lpstjoseph@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 : lppstjoseph@assomption-garibaldi.org Site : www.assomption-garibaldi.org