

**DEMANDE D'ADMISSION \***

**INTERNAT**

**Dès 15 ans révolus ou dès la 3ème  
Année 2019-2020**

**NOM :**

**PRÉNOM :**

**DATE DE NAISSANCE :**

**CLASSE DEMANDEE:**

PHOTO

**INTERNE  
SEMAINE :**

A COLLER

**INTERNE  
AVEC  
WEEK-END :**

(\*cette demande complète la demande générale d'admission au **collège** ou au **lycée**)

**LES INFORMATIONS DONNEES DANS CE DOCUMENT SONT DESTINEES A LA  
COMMISSION D'ADMISSION ET RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES**

**I. IDENTITE DU DEMANDEUR**

Cette demande d'admission à l'internat est formulée par :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Qualité :  Père  
 Mère  
 Tuteur  
 Elève

Signature :

Adresse :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

**II. MOTIVATIONS**

Indiquez, en quelques mots, **pourquoi** vous souhaitez inscrire votre enfant à l'internat du lycée privé Maurice-Tièche et **ce que vous en attendez**.

### III. TRAITS DE CARACTERE ET APTITUDE A LA VIE EN INTERNAT

Répondez de manière précise et spontanée pour nous laisser entrevoir votre enfant tel qu'il est.

**Décrivez les points forts du caractère de votre enfant :**

**Décrivez les points faibles du caractère de votre enfant :**

**Quel est l'intérêt de votre enfant pour ce type d'activités :**

	Aucun	Faible	Fort	Très fort	Commentaires
Les études	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Les activités sportives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Les activités musicales et culturelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Les activités spirituelles et religieuses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Les tâches ménagères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Les activités sociales et familiales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Veillez évaluer votre enfant par rapport aux points suivants (5 étant la meilleure note) :**

	1	2	3	4	5	Commentaires
Enthousiasme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Indépendance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Maturité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sens de l'organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ordre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Confiance en soi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sens de l'humour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Honnêteté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Adaptation à la nouveauté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gestion des émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hygiène personnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Leadership	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	1	2	3	4	5	
Sens du devoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sens de la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Altruisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sens des responsabilités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aptitude à vivre en communauté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Aptitude à se faire des amis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Réaction aux remarques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Ponctualité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Vos relations avec votre enfant sont actuellement :**

- Très agréables
- Agréables
- Parfois conflictuelles
- Souvent conflictuelles
- Plus supportables

**IV. SANTE**

**1. Votre enfant a, en général, une santé :**

- Excellente
- Bonne
- Moyenne
- Fragile

**2. Pour être en forme, mon enfant a besoin de :**

- Beaucoup dormir  préciser : \_\_\_\_\_
- Peu dormir  préciser : \_\_\_\_\_
- Normalement dormir  préciser : \_\_\_\_\_

**3. La capacité de récupération de mon enfant est :**

- Très bonne
- Bonne
- Moyenne
- Mauvaise

**4. Votre enfant a-t-il déjà fréquenté une cantine scolaire ?** Oui  Non

**5. Votre enfant est**  non végétarien /  végétarien

**6. Votre enfant a-t-il besoin d'un régime alimentaire particulier ?**

- Oui  si oui précisez : \_\_\_\_\_
- Non

**7. A votre connaissance, votre enfant a-t-il déjà consommé**

- Du tabac            oui             non
- De l'alcool        oui             non
- De la drogue      oui             non

**8. Si oui, précisez !**

- |              | Occasionnellement        | Régulièrement            |
|--------------|--------------------------|--------------------------|
| Du tabac     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De l'alcool  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| De la drogue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |