



MAURICE-TIÈCHE
L Y C É E P R I V É

DEMANDE D'ADMISSION *

INTERNAT

**Dès 15 ans révolus ou dès la 3ème
Année 2018-2019**

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"/> |