



**ACADÉMIE
DE RENNES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

**Dossier de
RE-INSCRIPTION
en BTS MHR1 ou MHR2**

Secrétariat de scolarité

Prénom et Nom de l'élève :

Classe en 2025/2026 :

Si BTS MHR2 SPECIALITE CHOISIE en 2026/2027 :

STATUT : SCOLAIRE APPRENTI

Dossier suivi par
Nathalie HERVÉ
Téléphone
02 99 16 80 80
Mél.
ce.0350005r@ac-rennes.fr

33, rue des Ecoles
B.P. 80304
35803 DINARD CEDEX

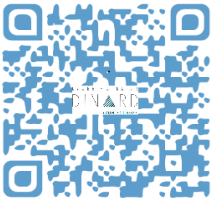
Site internet
www.lyceehotelierdinard.fr

***Vous voudrez bien IMPRIMER – EN RECTO UNIQUEMENT -
COMPLÉTER et RETOURNER ce dossier
PAR COURRIER UNIQUEMENT,***

À l'attention du Secrétariat de scolarité

le 5 juillet au plus tard

accompagné des diverses pièces justificatives demandées



Vous trouverez dans ce dossier les documents suivants :

- 1) Accusé de réception engagement ;
- 2) Fiche de renseignements médicaux ;
- 3) Droit à l'image.

Merci de vérifier vos coordonnées sur PRONOTE (adresse postale, courriel et téléphone des responsables et de l'élève).

S'il y a des modifications, merci de les écrire ci-dessous :

Elève : adresse, courriel, téléphone :

.....
.....

Parents ou autre (s) responsable (s) : adresse, courriel, téléphone (préciser M., Mme)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

La fiche urgence infirmerie : les élèves devront passer voir l'infirmerie après la rentrée pour communiquer les nouveaux éléments ou éléments à changer s'il y en a.



ACADÉMIE
DE RENNES

Liberté
Égalité
Fraternité

**ACCUSÉ DE
RÉCEPTION
ENGAGEMENT**

Vie Scolaire

Élève mineur

Élève majeur

Dossier suivi par
Via scolaire
Téléphone
02 99 16 80 80

Mél.
ce.0350005r@ac-rennes.fr

33, rue des Ecoles
B.P. 80304
35803 DINARD CEDEX

Site internet
www.lyceehotelierdinard.fr

Je, soussigné(e), l'élève, NOM : Prénom :
Né(e) le :
Classe 2026/27 :

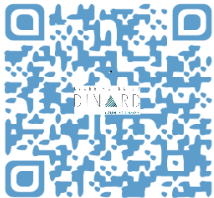
Adresse :

.....
.....
.....

N° téléphone élève :

.....
.....

- Règlement intérieur ;
- Charte informatique ;
- Fiche renseignements.



Après en avoir pris connaissance, je m'engage à m'y conformer tout au long de ma présence dans l'établissement.

Fait à, le
Signature de l'élève,
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

lycée des Métiers
Hôtellerie-restauration

Je soussigné(e), M. ou Mme responsable légal de l'élève susnommé,
ou élève majeur responsable financier, déclare avoir pris connaissance des présentes
dispositions.

Fait à, le
Signature du responsable,
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

Année Scolaire 2026/2027

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX (à destination de l'infirmier)

Service Infirmier : 02 99 16 80 72 / mail : infirmerie.0350005r@ac-rennes.fr

Nom et Prénom de l'élève :

Date de Naissance :/...../.....

Classe :

- Votre enfant est-il atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter la mise en place d'un PAI : Oui Non

Si OUI, merci de préciser la Pathologie :

(Si nouvel élève, merci de nous fournir la copie de l'ancien PAI)

- Votre enfant a-t-il des allergies : Oui Non

- alimentaires :

- médicamenteuses :

- autres :

- Votre enfant prend-il des médicaments : Oui Non

Si OUI, merci de préciser :

*** Les médicaments sont strictement interdits dans l'internat,
ils doivent être déposés à l'infirmier
où s'effectuent les traitements médicaux.
(extrait du règlement intérieur de l'Internat)**

Autorisation de captation et de diffusion de l'image

Descriptif du projet audiovisuel

Présentation du projet (et du projet pédagogique concerné le cas échéant)	Photographies individuelles des élèves en début d'année scolaire, en vue de bénéficier des photos des élèves sur l'espace Pronote du lycée, et aussi de pouvoir constituer des trombinoscopes des classes.
Date(s) et lieu(x) d'enregistrement	Début d'année scolaire Lycée Hôtelier de Dinard, Yvon Bourges
Nom et adresse de l'école, de l'établissement, ou du service	Lycée hôtelier de Dinard, Yvon Bourges
Producteur (si différent) (nom, adresse, statut juridique)	

Modes d'exploitation

<input checked="" type="checkbox"/> Diffusion ou projection collective	Durée :	<input type="checkbox"/> Pour un usage collectif dans les classes des élèves enregistrés <input type="checkbox"/> Usages de communication externe de l'institution <input checked="" type="checkbox"/> Autres usages institutionnels à vocation éducative, de formation ou de recherche	
<input checked="" type="checkbox"/> Diffusion en ligne	Durée :	<input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Télévision <input type="checkbox"/> Internet (monde entier) <input checked="" type="checkbox"/> Intranet (accès par authentification) Préciser le(s) site(s) et/ou canaux numériques : Espace numérique de vie scolaire PRONOTE	
<input checked="" type="checkbox"/> Autre support	Durée :	<input type="checkbox"/> CD / DVD <input checked="" type="checkbox"/> Impression papier <input checked="" type="checkbox"/> Autre (préciser) : fichiers de renseignements Destinataires : professeurs et personnels administratifs, de vie scolaire, médico-sociaux, d'orientation	Prix :

Le producteur de l'œuvre audiovisuelle créée ou le bénéficiaire de l'enregistrement exercera l'intégralité des droits d'exploitation attachés à cette œuvre/cet enregistrement. L'œuvre/l'enregistrement demeurera sa propriété exclusive.
 Le producteur/le bénéficiaire de l'autorisation, s'interdit expressément de céder les présentes autorisations à un tiers. Il s'interdit également de procéder à une exploitation illicite, ou non prévue ci-avant, de l'enregistrement de l'image et/ou de la voix de la personne susceptible de porter atteinte à sa dignité, sa réputation ou à sa vie privée et toute autre exploitation préjudiciable selon les lois et règlements en vigueur.

Consentement de l'élève (dès qu'il sait lire et écrire)

Nom de l'élève et Prénom de l'élève :	
Classe 2026/27 :	
On m'a expliqué et j'ai compris à quoi servait ce projet, et je suis d'accord pour que l'on enregistre, pour ce projet mon image.	
Date et signature de l'élève :	
<input type="checkbox"/> MINEUR	<input type="checkbox"/> MAJEUR
Autorisation des titulaires de l'autorité parentale Je soussigné(e) (Prénom, NOM) : reconnais expressément que l'élève mineur ci-dessus désigné n'est lié par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de son image, son nom. Je donne mon accord pour la fixation et l'utilisation , sans aucune contrepartie financière, de son image, dans le cadre exclusif du projet ci-dessus exposé et pour les modes d'exploitation ci-dessus désignés. Cette autorisation exclut toute autre utilisation, notamment dans un but commercial ou publicitaire. Elle est consentie avec les réserves suivantes : <input type="checkbox"/> floutage du visage (*) <input type="checkbox"/> image de groupe exclusivement (*) <input type="checkbox"/> pas de mention du nom (*) <input type="checkbox"/> pas de mention du prénom (*) (*) mentions à cocher ou rayer Date et signature	Je soussigné(e) (Prénom, NOM) : déclare être majeur(e) ou mineur(e) émancipé(e) . Je reconnais expressément que je ne suis lié(e) par aucun contrat exclusif pour l'utilisation de mon image, mon nom. J'ai compris à quoi servait ce projet et qui pourrait voir/entendre cet enregistrement. Je donne mon accord pour la fixation et l'utilisation , sans aucune contrepartie financière, de mon image, dans le cadre exclusif du projet ci-dessus exposé et pour les modes d'exploitation ci-dessus désignés. Cette autorisation exclut toute autre utilisation, notamment dans un but commercial ou publicitaire. Elle est consentie avec les réserves suivantes : <input type="checkbox"/> floutage du visage (*) <input type="checkbox"/> image de groupe exclusivement (*) <input type="checkbox"/> pas de mention du nom (*) <input type="checkbox"/> pas de mention du prénom (*) (*) mentions à cocher ou rayer Date et signature