

**CANDIDATS EN COURS D'ETUDES (B.T.S. – D.U.T.)  
AVIS MOTIVÉ DES PROFESSEURS**

DISCIPLINES	AVIS MOTIVÉ	Note du candidat	Echelle des notes de la classe			Noms et signatures des professeurs
			Moyenne de classe	Note + faible	Note + forte	
FRANÇAIS EXPRESSION						
MATHEMATIQUES						
COMPTABILITE						
TRAITEMENT DES DONNÉES						
ECONOMIE						
DROIT						

**AVIS DONNÉ PAR LE CONSEIL DE CLASSE (1)**

*sur la poursuite des études : (2 ans minimum)*

AVIS TRÈS FAVORABLE  
AVIS FAVORABLE  
AVIS ASSEZ FAVORABLE  
AVIS RÉSERVÉ

(1) Entourer la mention retenue

**AVIS DU CHEF D'ÉTABLISSEMENT :**

NOM : ..... *Signature*

Date : ..... *Cachet* :

# ADMISSION EN 2<sup>ème</sup> ANNEE D.C.G PIÈCES A JOINDRE AU DOSSIER

---

- **TOUS CANDIDATS**

- 1 enveloppe autocollante de format 16x24 libellée à l'adresse du candidat et affranchie au prix d'un envoi de 100 grammes.
- 1 enveloppe autocollante de format normal libellée à l'adresse du candidat et affranchie au tarif en vigueur.
- Lettre de motivation indiquant le projet professionnel ou de poursuite d'étude après le DCG.

- **CANDIDATS ETUDIANTS PREPARANT LE BTS COMPTABILITE/GESTION**

- Photocopie du relevé des notes obtenues au baccalauréat.
- Photocopie des bulletins semestriels de première et deuxième année BTS.
- Photocopie des bulletins trimestriels de première et terminale.

- **CANDIDATS ETUDIANTS PREPARANT LE DUT GEA – OPTION  
FINANCES/COMPTABILITÉ**

- Photocopie du relevé des notes obtenues au baccalauréat.
- Photocopie des relevés fournis en cours d'études à l'IUT.
- Photocopie des bulletins trimestriels de première et terminale.

**IMPORTANT : *TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETÉ***



# LYCEE POLYVALENT JULES LESVEN

34, rue Jules Lesven – BP 72507 – 29225 Brest Cedex 2

Tél : 02.98.43.56.00 – Fax : 02.98.43.56.01

*Etablissement d'origine  
(cachet obligatoire)*

## **Demande d'admission en 2<sup>ème</sup> année de préparation au DIPLOME DE COMPTABILITE ET DE GESTION D.C.G**

NOM (*en capitales*).....

Prénoms .....

Né(e) le ..... à .....

Nationalité .....

**Qualité demandée (1)**

EXTERNE

DEMI-PENSIONNAIRE

Adresse :

N° et nom de la rue .....

Localité ..... Tél .....

Code postal ..... Bureau distributeur .....

**Des dossiers ont-ils été constitués pour d'autres établissements proposant le D.C.G ?**

**OUI - NON (1)**

Si oui, dans quels établissements, par ordre de préférence.

1 - .....

2 - .....

3 - .....

*Signature du candidat :*

(1) Entourer la mention retenue

# IMPORTANT : CADRE A COMPLETER AVEC PRECISION

## POUR TOUS LES CANDIDATS NOMS ET ADRESSES DES ETABLISSEMENTS FREQUENTES DEPUIS LA CLASSE DE PREMIERE ACTIVITES EN CAS D'INTERRUPTION DE SCOLARITE

ANNEE SCOLAIRE	ETABLISSEMENTS ou ACTIVITES	CLASSE	SECTION
20..... – 20.....			
20..... – 20.....			
20..... – 20.....			
20..... – 20.....			
20..... – 20.....			

### DECISION DU CHEF D'ETABLISSEMENT D'ACCUEIL (1)

ADMIS SUR LA LISTE PRINCIPALE : .....

ADMIS SUR LA LISTE SUPPLEMENTAIRE : .....  N° .....

NON ADMIS : .....

Date .....

Cachet :

Signature :

(1) cocher la case concernée

### **PIECES A JOINDRE AU DOSSIER** (Voir au verso)

DOSSIER COMPLET A TRANSMETTRE POUR LE : **20 mai de l'année en cours**  
(dernier délai)

au **LYCEE POLYVALENT JULES LESVEN**  
B.P. 72507 – 34, rue Jules LESVEN – 29225 BREST Cedex 2