

DOCUMENTS A RENDRE ET PIECES ASSOCIEES

APPRENANT(E) 1^{ère} ANNEE

DOCUMENTS A RETOURNER IMPERATIVEMENT POUR VOTRE INSCRIPTION

- La fiche d'intendance + Relevés d'Identité Bancaires ou Postal/IBAN (**DU RESPONSABLE DU PAIEMENT DES FACTURES**). **LE RIB EST OBLIGATOIRE**
- Fiche infirmerie / Urgence avec photocopie de la page des vaccinations (marquer le nom de l'apprenant sur les copies).
- Fiche Transport Utilisation d'un Véhicule Personnel pour les apprenants concerné(e)s
+ Photocopie de la carte grise et attestation d'assurance
- Copie des 3 derniers bulletins scolaires
- Fiche Droit à l'image
- Attestation d'assurance « Responsabilité civile »
- Règlement de 3.60€ pour la carte de cantine
- Photocopie **RECTO/VERSO** Carte Nationale d'Identité
- Notification Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé pour les apprentis concernés.

DROIT A L'IMAGE

Autorisation 1ère année

Responsable 1 : Responsable 2 :

Responsable légal de

En classe de

Autorise le Chef d'Etablissement à diffuser les photos et vidéos prises lors des activités pédagogiques ou extra-scolaires sur les réseaux sociaux, le site internet et les publications de l'établissement.

N'autorise pas le Chef d'Etablissement à diffuser tout reportage (photo, films, productions audiovisuelles) à destination de tout public, à l'occasion des actions pédagogiques menées par le lycée.

Date :

Signature du responsable 1

Signature du responsable 2

Signature de l'apprenti(e)

ou de l'apprenti(e) majeur

1ère année

FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

*Cette fiche est confidentielle, elle est à remettre avec la photocopie du carnet de vaccination sous **enveloppe cachetée ou par mail à l'adresse : aurore.bizeau@educagri.fr**; ces données seront conservées 2 ans après le départ de l'apprenant et seront traitées par le personnel de santé de l'établissement et les médecins.*

Nom :

Prénom :

Classe :

Date de naissance :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

(exemple:asthme,épilepsie,migraines,diabète,difficultés psychologiques...)

TRAITEMENT(S) ÉVENTUEL(S) :

Les traitements doivent être impérativement remis au service de l'infirmierie avec un duplicata ou une photocopie de l'ordonnance.

Allergies :

L'apprenant a-t-il des allergies ?	Médicamenteuses ?	OUI	NON
	Alimentaires ?	OUI	NON
	Autres ?	OUI	NON
Si oui lesquelles (facultatif) ?			

Projet d'accueil individualisé (PAI) :

• A-t-il déjà eu un projet d'accueil individualisé (PAI) mis en place ? (<u>Si oui, merci de bien vouloir le joindre.</u>)	OUI	NON
• Souhaitez-vous mettre en place un PAI ?	OUI	NON

Troubles de la santé ou Troubles de l'apprentissage :

Concernant les troubles suivants, sauf information contraire de votre part, sachez que ceux-ci seront transmis à l'équipe éducative pour qu'elle élabore : PAP, GEVA-sco, PPS, demande d'aménagement d'épreuve ou autre.

Si vous refusez la transmission à l'équipe éducative, cochez cette case :

La personne présente-elle un des troubles suivants :

- | | | |
|---------------------------------------|-----|-----|
| • Dyslexie ? | OUI | NON |
| • Dysorthographe ? | OUI | NON |
| • Dyscalculie ? | OUI | NON |
| • Dyspraxie ? | OUI | NON |
| • Déficience visuelle ? | OUI | NON |
| • Déficience auditive ? | OUI | NON |
| • Trouble du spectre l'autisme(TSA) ? | OUI | NON |
| • Autre ? Précisez : | | |

**Si vous avez coché « oui », merci de joindre les documents
 + bilans médicaux ou paramédicaux récents.**

Remarques particulières que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel de santé

Fait à : _____ , le : _____

Signature d'un représentant légal ou de l'élève majeur

FICHE D'URGENCE 1ère année

Document non confidentiel

Consultable par l'ensemble des personnels de l'établissement, service de secours, à remplir par un représentant légal.

Nom : _____ **Prénom :** _____
Classe : _____ **Régime :** INT DP EXT
Date de Naissance : _____ **Lieu de naissance** _____
Numéro de portable de l'élève (facultatif) : _____

Personnes à prévenir :

Responsable 1	Responsable 2	Autres : Précisez :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Tél domicile :	Tél domicile :	Tél domicile :
Tél travail :	Tél travail :	Tél Travail :
Portable :	Portable :	Portable :
Email :	Email :	Email :

Adresse de l'élève si différente :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Observations particulières que vous jugerez utile de signaler (maladies, allergies, traitements, précautions à prendre) :

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :

Joindre une photocopie des vaccinations

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève ou l'étudiant accidenté ou malade, vers l'hôpital le mieux adapté. Le transport est assuré par les services de secours d'urgence.

Dans tous les cas, l'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un représentant légal. Le responsable légal s'engage à prévenir de modifications concernant les données transmises.

A _____, le

Signature d'un représentant légal :

Ce document sera conservé durant l'année scolaire en cours

FICHE INTENDANCE 1ère année Pour les services de la comptabilité

APPRENTI (E)

Nom :

Classe :

Mail :

Prénom :

Téléphone :

Date de Naissance :

Choix du régime :

Interne

Demi-pensionnaire

Externe

Attention, ce choix ne pourra être modifié qu'au prochain changement de trimestre **sur demande écrite** du responsable. **Tout trimestre engagé restera dû dans son intégralité.**

RESPONSABLE LEGAL N°1

Père Mère Tuteur Apprenti lui-même Autre (à préciser)

NOM

Prénom

Date de naissance :

Commune

Dpt :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél fixe :

liste rouge

Tél portable :

Adresse mail :

Profession :

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

Téléphone professionnel :

RESPONSABLE LEGAL N°2

Père Mère Tuteur Apprenti lui-même Autre (à préciser)

NOM

Prénom

Date de naissance :

Commune

Dpt :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tél fixe :

liste rouge

Tél portable :

Adresse mail :

Profession :

Nom de l'employeur :

Adresse de l'employeur :

Téléphone professionnel :

Responsable du paiement des factures :

- Apprenti lui-même :
 Père et Mère :
 Père :
 Mère :
 Tuteur :
 Autre (à préciser) :

Adresse :

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RIB/IBAN

Pour tout remboursement ou versements éventuels (exemples : paiement des bourses, remboursement de voyage, ...).

Ces renseignements bancaires ne seront en aucun cas utilisés pour un prélèvement.

Seules les opérations à votre crédit sont autorisées.

Je soussigné(e)

père mère tuteur tutrice apprenti majeur autres
De

Certifie sur l'honneur les renseignements précisés sur ce document

M'engage à payer la pension (internat – demi-pension) pendant la durée de la scolarité, conformément au tarif en vigueur. A défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement en soit poursuivi, conformément à la réglementation en vigueur.

Fait à _____ le _____

Signature du représentant légal, faire précéder de la mention « Lu et approuvé ».

FICHE TRANSPORT

UTILISATION D'UN VEHICULE PERSONNEL 1ère année

Nom :

Prénom :

Classe :

Je déclare utiliser **un véhicule** :

Auto

Moto

50cm3

Autre, à préciser :

pour me rendre au CFA DE LA SAUSSAYE.

Marque du véhicule :

Type :

Couleur :

Immatriculation du véhicule :

Numéro de contrat d'assurance :

Pour les apprentis détenteurs d'un permis B, et souhaitant utiliser leur véhicule personnel pour des visites extérieures ou Travaux Pratiques, JOINDRE IMPERATIVEMENT : Copie de l'Attestation d'Assurance stipulant l'option Transport de Passagers et Déplacements Professionnels.

➤ **Joindre obligatoirement la photocopie de la carte grise du véhicule.**

Je m'engage à respecter les règles du code de la route sur l'enceinte de l'établissement ainsi que toutes les règles en vigueur concernant la vitesse, le stationnement et l'identification des véhicules sur tout le site.

Il est interdit de faire usage des avertisseurs sonores dans l'enceinte de l'établissement. L'établissement est déchargé de toute responsabilité en cas de préjudices mettant en cause monvéhicule.

Fait à

Le

Signature des parents

Signature de l'apprenti