

## DOCUMENTS A RENDRE ET PIECES ASSOCIEES

### APPRENANT(E) 2<sup>ème</sup> 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.**
- Fiche Droit à l'image.
- Attestation d'assurance « Responsabilité civile ».
- Règlement de 4.00€ pour la carte de cantine (en cas de besoin).
- Photocopie **RECTO/VERSO** Carte Nationale d'Identité.
- Notification Reconnaissance Qualité Travailleur Handicapé pour les apprenants concernés.

#### DOSSIER EXAMEN et/ou Dérogation

- Photocopie attestation de droits (CPAM ou MSA).
- Photocopie Attestation de Recensement ou Participation à la Journée Défense et Citoyenneté.

## DROIT A L'IMAGE

### Autorisation 2ème 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

2ème 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 : [frederic.thomasette@educagri.fr](mailto:frederic.thomasette@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 ?  
(Si oui, merci de bien vouloir le joindre.)

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 ?                          | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| - Dysorthographe ?                    | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| - Dyscalculie ?                       | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| - Dyspraxie ?                         | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| - Déficience visuelle ?               | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| - Déficience auditive ?               | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| - Trouble du spectre l'autisme(TSA) ? | <input type="radio"/> OUI | <input type="radio"/> NON |
| - Autre ? Précisez :                  |                           |                           |

**Si vous avez cochez « 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 2ème 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 2ème 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 2ème 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