

ÉLÈVE - NOM :

Prénoms dans l'ordre de la carte d'identité :

Classe 2024-2025

Sexe :

N°INE (OBLIGATOIRE voir bulletins de notes) :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

Portable de l'élève :

*Mail OBLIGATOIRE de l'élève :

OBLIGATOIRE le « Pass Région »:

Vous possédez déjà le PASS REGION	Nouvel Élève
le « Pass Région » reste valable toute votre scolarité dans l'établissement.	Vous devez commander votre « PASS Région » https://auvergnerhonealpes.zecarte.fr/Beneficiaire/views/Inscription/CharteEngagement.aspx

CHOIX DU RÉGIME ET DU FORFAIT

Tout changement de régime doit être signalé avant les vacances de Toussaint	
<input type="checkbox"/> Je suis interne 1724,36 € / AN	<input type="checkbox"/> Je suis demi-pensionnaire 677,20 € / AN

Le Responsable légal complète OBLIGATOIREMENT l'engagement à payer la pension et AU CHOIX la demande de prélèvement automatique joint à ce dossier (si choix du prélèvement en 10 fois) sinon règlement sur facture en fin de trimestre.

J'ai le Diplôme National du Brevet (DNB) : oui non si oui Mention :

Je suis déjà boursier(ère) : oui non Je souhaite faire une demande (fichier bourse à remplir)

Je vis chez : chez mes parents responsable 1 responsable 2 garde alternée
Autres à préciser :

RESPONSABLE légal 1 :

Nom : Prénom :

Situation familiale : Marié(e) Pacsé Séparé Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Concubinage Remarié(e)

Lien de parenté avec l'élève :

Adresse responsable 1 :

Code postal et commune : Commune :

Téléphone fixe domicile : Portable :
*Mail :
Profession : Téléphone travail :
Adresse de l'employeur :
téléphone de l'employeur :

RESPONSABLE légal 2 :

Nom : Prénom :
Situation familiale : Marié(e) Pacsé Séparé Célibataire Divorcé(e) Veuf(ve) Concubinage Remarié(e)
Lien de parenté avec l'élève :
Adresse responsable 1 :
Code postal et commune : Commune :
Téléphone fixe domicile : Portable :
*Mail :
Profession : Téléphone travail :
Adresse de l'employeur :
téléphone de l'employeur :

Autre responsable légal ou personne à joindre en cas d'urgence :

Nom Prénom : Téléphone :
Lien de parenté avec l'élève :

***Établissement d'origine de l'élève :**

Nom de l'établissement :
Code RNE de l'établissement : Dernière classe fréquentée :
Adresse de l'établissement :
Code Postal : Ville de l'établissement :

***Attention :**
Toutes les adresses mail (élève et responsables légaux) sont OBLIGATOIRES
pour permettre la communication via PRONOTE

Parents délégués et représentants aux différentes instances :

Je souhaite en tant que parent présenter ma candidature comme parent délégué de la classe afin d'assister aux conseils de classes (3 fois par an)

OUI **NON**

Je souhaite en tant que parent présenter ma candidature sur la liste des représentants aux différentes instances (le conseil intérieur se réunit 2 ou 3 fois par an ; le conseil d'administration 3 fois par an)

OUI **NON**

Autorisation de publication – Droit à l'image :

Je soussigné(e) M. / Mme

responsable légal de l'élève

en classe de

Conformément à la loi, article 9 du code civil sur « le droit à l'image et au son », et à l'article 121-2 du code de la propriété intellectuelle,

Autorise **N'autorise pas**

L'EPL de Roanne-Chervé-Noirétable à utiliser et publier les photographies, films, enregistrements audio ou vidéo sur lesquels l'élève dont je suis le représentant légal peut figurer ainsi que les productions que mon enfant aura réalisées dans le cadre scolaire, sous la responsabilité de l'équipe éducative et ce sur toutes les voies de communication de l'EPL pour la durée de scolarité de mon enfant.

L'établissement s'engage à veiller à la qualité des organes de diffusion, au contenu des messages, au traitement des documents utilisés et à leur gratuité.

Pour certains projets de communication, l'EPL de Roanne-Chervé-Noirétable sollicitera la famille pour une autorisation complémentaire.

En ce qui concerne les images sur le site internet de l'établissement, elles ne communiqueront aucune information susceptible d'identifier directement ou indirectement les élèves ou leur famille.

La présente autorisation de publication est consentie à titre gratuit, sans limitation de durée.

Je reconnais avoir pris connaissance de toutes ces informations et je certifie leurs exactitudes :

Fait à :

Le : ____/____/____

Signature des responsables légaux

Signature de l'élève

- **Tous les élèves doivent faire un nouveau dossier de bourse.**
- *Les élèves (de toutes les classes) concernés par une demande de bourse doivent déposer une demande de bourse pour l'année 2024-2025 et devront imprimer le dossier de demande de bourses du secondaire et le retourner complété et accompagné des pièces demandées. (avis d'imposition ou de non-imposition 2024 (revenus 2023) pour le jour de la rentrée scolaire.*
- Je souhaite faire une demande de bourse : je clique sur le FICHER document CERFA : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_11779.do
- En cas de doute, n'hésitez pas à contacter
- Mme DUBOURGNON françoise.dubourgnon@educagri.fr ou par téléphone au 04.77.24.76.00

Je reconnais avoir pris connaissance de toutes ces informations et je certifie leur exactitude.

Fait à :

Le : ____/____/____

Signatures des responsables légaux

Signature de l'élève

Concernant les photocopies :

A compter du 1^{er} janvier 2024, les nouveaux tarifs de photocopies :

- Chaque apprenant dispose d'un quota de 100 photocopies ou impressions A4 noir et blanc gratuit (pour supports de cours en l'absence de manuels scolaires ou photocopies à usage personnel), par année de cycle à utiliser sur les photocopieuses destinées aux apprenants.
- Au-delà du quota :
 - Noir et blanc format A4 : 0.08€
 - Noir et blanc format A3 : 0.13 €
 - Couleur format A4 : 0.24 €
 - Couleur format A3 : 0.45 €

ENGAGEMENT FINANCIER
Document à remplir par LE RESPONSABLE (PAYEUR)

En cas de règlement de la pension / demi-pension partagé, merci d'indiquer la répartition

Responsable légal 1 : _____ %
Responsable légal 2 : _____ %

entre les parents et les modalités de paiement de chacun et de **REmplir Chacun ce Document**
accompagnés des RIB.

A remplir par LES PARENTS OU TOUTE AUTRE PERSONNE SE PORTANT GARANT du paiement de la
pension

Je soussigné(e) :

NOM (en majuscules) et prénom usuel

- M'engage à payer la pension ou demi-pension de l'élève :

NOM (en majuscules) et prénom usuel

en classe de : _____ pendant la durée de sa scolarité, conformément au tarif en vigueur.

- Je paierai cette somme lorsqu'elle sera mise en recouvrement.

A défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement en soit poursuivi, conformément à la réglementation en vigueur.

Joindre impérativement un relevé d'identité bancaire ou postal de la personne payeur

2 possibilités pour payer la pension ou demi-pension je choisis :

- je paye à chaque trimestre sur réception de la facture.
- je choisis le prélèvement automatique tous les 10 du mois, pour cela je remplis le mandat de prélèvement

Je soussigné (e)

le ou les responsable(s) financier(s) certifie(nt) sur l'honneur les renseignements précisés sur ce document.

A _____ Le / / 2024

Signature :

EPLEFPA de Roanne-Chervé Noirétable

CS 90023 42124 PERREUX Cedex ☎ 04-77-44-82 00

ADHÉSION AU PRÉLÈVEMENT MENSUEL ANNÉE SCOLAIRE 2024-2025

Élève

Nom : Prénom :

Classe : Régime : Interne

Bourse : Elève boursier Elève non-boursier demi-pensionnaire

IMPORTANT (seul le dossier complet sera pris en compte) : RIB)

Le prélèvement mensuel est effectué le 10 du mois de **septembre à juin et à partir d'octobre pour les nouveaux arrivants**
Tout changement de régime doit être signalé avant les vacances de Toussaint.

Il vous appartiendra de veiller à l'approvisionnement suffisant de votre compte bancaire à chaque échéance pour éviter le rejet des prélèvements.

Au 2^{ème} rejet, l'échéancier est résilié de plein droit et les sommes dues seront exigibles pour leur totalité.



MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Identifiant créancier
SEPA
FR 08 ZZZZ
546461

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'Agent Comptable de l'EPLEFPA de Roanne-Chervé-Noirétable à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'Agent Comptable de l'EPLEFPA de Roanne-Chervé-Noirétable. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

Référence unique du mandat : Transmise lors de l'envoi de l'échéancier après validation de votre dossier.

Débiteur

Nom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Pays :

Créancier

Nom : Agent comptable de l'EPLEFPA de Roanne-Chervé Noirétable

Adresse : Lieu dit Chervé

Code postal : 42124 Ville : PERREUX

Pays : FRANCE

IBAN :

BIC :

Fait à

Le

Signature :

Nota : Le responsable légal soussigné autorise l'établissement teneur de mon compte à effectuer sur ce dernier, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par l'EPLEFPA. En cas de litige sur un prélèvement, le soussigné pourra en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur du compte. Le différend sera alors directement réglé avec l'EPLEFPA de Roanne-Chervé-Noirétable. Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. Je réglerai le différend directement avec l'agence comptable. Les informations contenues dans le présent mandat qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que ceux prévus aux Art. 48 et suivants de la loi n°78-17 du 16 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

OBLIGATOIRE :

Joindre votre RIB

+

Renseigner votre adresse mail pour recevoir l'échéancier

Email :

SERVICE SANTE (document à conserver)

Infirmière : Françoise SOLEILHAC
ligne directe : 04 77 44 82 17 / 06 34 26 36 70
mail : francoise.soleilhac@educagri.fr

L'infirmier est un lieu d'accueil, d'écoute, de prévention, de conseil, de soins, ouvert tous les jours du lundi au vendredi (lundi, mardi et jeudi : toute la journée / mercredi et vendredi : matin)

*

VACCINATIONS

Certains vaccins sont OBLIGATOIRES pour la scolarisation des élèves : diphtérie, tétanie, poliomyélite.

Une copie du carnet de santé ou de vaccinations doit nous être OBLIGATOIREMENT fournie à l'entrée en formation ou suite aux rappels.

*

PRATIQUE DU SPORT AU LYCEE

Les **cours d'Education Physique et Sportive sont obligatoires** quelle que soit la filière d'étude
-> En cas de contre-indication, le médecin doit établir, **de façon préférentielle, une dispense partielle** d'activité et **noter ce que l'apprenant « peut » ou « ne peut pas » faire**. La dispense totale doit rester exceptionnelle. **L'original de la dispense doit être remis à la vie scolaire.**

ATTENTION !!! Penser à faire aussi établir la dispense pour les travaux pratiques dans les filières concernées !

*

ACCIDENTS SCOLAIRES

Tout accident scolaire (trajet, cours, stage, sport (hors UNSS), internat), est considéré comme un **accident du travail** et est **pris en charge par la MSA** (Mutuelle Sociale Agricole) d'Ardèche Drôme Loire.

1/ **Signalez l'accident au plus vite**, à l'infirmière (ou à la vie scolaire) : une « feuille de soins » vous sera remise pour que vous n'avanciez aucun frais.

2/ **Faites établir un « certificat médical initial » par le médecin qui verra l'élève.**

L'établissement, généralement l'infirmière, se charge d'établir la déclaration d'accident qui sera transmise à la MSA.

*

VISITES MEDICALES D'APTITUDE

Elles sont obligatoires, chaque année dans toutes les filières professionnelles **pour les élèves mineurs**. Elles se déroulent généralement au cours du 1^{er} trimestre au lycée.

*Exception : elles concernent **tous** les élèves de terminale, pour le passage du CACES*

Si l'état de santé de votre enfant nécessite un retour à la maison, c'est à l'infirmière ou aux personnels de la « Vie Scolaire » du lycée d'en prendre la décision et de vous contacter,

et non pas à l'élève d'en décider et de vous appeler.

Il vous sera demandé de signer une décharge au départ de l'élève.

Prénom et NOM :

Classe :

Qualité :

Enseignante ressource handicap :

Mme Bénédicte JOUHANNAUD-DUBOST, 04.27.26.05.00 / benedicte.jouhannaud@educagri.fr

Troubles physiques pouvant handicaper votre enfant dans sa scolarité

Votre enfant souffre-t-il de :

Déficiences visuelle OUI NON Déficiences auditive OUI NON

Déficiences motrice OUI NON

Autres troubles ou difficultés du langage écrit

Votre enfant souffre-t-il de :

Dyslexie OUI NON Dysorthographe OUI NON

Dyscalculie OUI NON Dyspraxie OUI NON

Dysgraphie OUI NON Dysphasie OUI NON

Trouble du spectre autistique (TSA) OUI NON

Troubles de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) OUI NON

→ *Si OUI, merci de joindre le dernier document (PAP, PPS, PPRE, GeVaSco) répertoriant les aménagements pédagogiques mis en place les années précédentes*

Une demande auprès de la MDPH a-t-elle été faite? OUI NON

→ *Si OUI, merci de nous joindre une copie des notifications MDPH et le dernier GeVaSco*

Autres ? :

AMENAGEMENTS AUX EXAMENS :

Si votre enfant souffre de « **troubles du langage écrit** » ou de toute **pathologie invalidante ou gênante**, vous pouvez faire une « **demande d'aménagements d'épreuves** » de l'examen préparé. La demande se fait au premier trimestre de la première année du cycle d'étude, c'est-à-dire en classe de 1^{ère} professionnelle pour le bac.

→ Pour constituer le dossier et mettre en place les aménagements au plus vite, merci de **joindre au dossier d'inscription les copies des aménagements de scolarisation et/ou des aménagements d'examen précédents** : PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé), PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation), bilans orthophoniques, bilans médicaux récents, dernière notification d'aménagements d'épreuves du DNB ou d'un CAP (tiers-temps, aide humaine, matériel, ...), notifications MDPH, GEVASco

Après validation par l'autorité académique, les aménagements s'appliquent en CCF comme aux épreuves finales

Si votre enfant n'a jamais bénéficié d'aménagements et qu'il rencontre des difficultés diagnostiquées par un professionnel (médecin, orthophoniste, ergothérapeute...) merci de nous communiquer les bilans établis pour qu'un PAP soit mis en place pour la scolarité. Une demande d'aménagement d'épreuves pourra ensuite être réalisée

Informations que vous souhaitez nous communiquer pour nous permettre un meilleur accompagnement de votre enfant (histoire de vie, problèmes familiaux...)

FICHE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Entrée en formation en 2024
Uniquement pour les nouveaux élèves

A retourner sous enveloppe à l'attention de l'infirmière

Prénom et Nom :

Classe :

Qualité :

N° de sécurité sociale :

(à partir de 16 ans) :

Nom du médecin traitant : Dr

N° de téléphone :

VACCINATIONS : merci de joindre **la copie des 4 pages « vaccinations » au nom de l'élève** du carnet de santé ou une attestation médicale

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX & CHIRURGICAUX :

PATHOLOGIES CHRONIQUES :

ALLERGIES :

TRAITEMENTS :

S'ils sont pris dans l'établissement, merci de joindre une copie de la dernière ordonnance.

L'élève est-il autonome dans la gestion de son traitement ? OUI NON

Si votre enfant souffre de pathologie chronique nécessitant la prise d'un traitement de façon régulière ou occasionnelle (crise, décompensation, ...), un **PAI (Projet d'Accueil Individualisé)** doit être mis en place pour encadrer, faciliter, les soins quotidiens et d'urgence. Le PAI est communiqué à l'équipe pédagogique afin de pouvoir intervenir en connaissance de cause. L'équipe pédagogique est soumise à la discrétion professionnelle.

Si votre médecin a établi un PROTOCOLE D'URGENCE, merci de nous le communiquer, afin de l'inclure dans le PAI ainsi que le traitement correspondant, à remettre en mains propres à la CPE le jour de la rentrée.

Prénom et Nom :

Classe :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Sexe :

Qualité : externe / demi-pensionnaire / interne*

N° de sécurité sociale de l'élève (à partir de 16 ans) :

Personnes à prévenir

Responsable Légal 1	Responsable Légal 2	Autre responsable légal ou personne à joindre en cas d'urgence
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Tel domicile :	Tel domicile :	Tel domicile :
Tel travail :	Tel travail :	Tel travail :
Portable :	Portable :	Portable :

Nom du médecin traitant : Dr

Téléphone :

Observations particulières que vous jugez utiles de signaler (allergies, traitements, antécédents, ...) :

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève, accidenté ou malade, vers le lieu de soins le mieux adapté et désigne le moyen de transport. Attention, le transport n'est pas obligatoirement assuré par les services de secours d'urgence, c'est alors à un responsable légal de s'en charger. Dans tous les cas, un responsable légal s'engage à rejoindre l'élève mineur sur le lieu de soins (que l'élève mineur ne pourra quitter seul, mais seulement accompagné d'un responsable légal).

Le(s) responsable(s) légal(aux) s'engage(nt) à prévenir l'établissement des modifications survenues en cours d'années concernant les données transmises.

A le / / 2024

Signature(s)