

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

Classe 2026-2027

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 »: Permet de rentrer dans le lycée et le passage au self

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://auvergnernhonealpes.zecarte.fr/Beneficiaire/views/Inscription/CharteEngagement.aspx

Tout changement de régime doit être signalé avant les vacances de Toussaint

☐ Je suis interne 1776,44 € / AN	☐ Je suis demi-pensionnaire 697,65 € / AN
---	--

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

Je demande à passer l'ASSR2 : ☐ oui ☐ non

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 :

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 obligatoire :**
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 obligatoire :**

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 nouvelle **demande de bourse pour l'année 2026-2027** 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 2026 sur les revenus 2025) au plus tard pour le jour de la rentrée scolaire.*

• Je souhaite faire une demande de bourse : je clique sur le FICHIER document CERFA : https://www.formulaires.service-public.fr/gf/cerfa_11779.do

• En cas de doute, n'hésitez pas à contacter

• Mme DUBOURGNON francoise.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 2026, les tarifs de photocopies :

- Chaque apprenant dispose d'un quota de 150 photocopies ou impressions A4 et 20 photocopies ou impressions A3 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 **REPLIR 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
OBLIGATOIRE même en cas de paiement chaque trimestre

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 / / 2026

Signature :

EPLEFPA de Roanne-Chervé Noirétable

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

ADHÉSION AU PRÉLÈVEMENT MENSUEL ANNÉE SCOLAIRE 2026-2027

Élève

Nom :

Prénom :

Classe :

Bourse :

☐ Demande en cours

Régime :

☐ Interne

☐ Externe

☐ Pas de demande de bourse

☐ Demi-pensionnaire 5 JOURS

☒ Demi-pensionnaire 4 JOURS

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

Famille ne faisant pas de demande de bourse : Le prélèvement mensuel débutera le 10 du mois d'octobre à juin, soit sur 9 mois.

Famille faisant une demande de bourse : Le prélèvement mensuel débutera le 10 du mois de novembre à juin, soit sur 8 mois (après la décision de la commission de bourse).

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'infirmerie 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.

FICHE URGENCE & TRANSPORT CONFIDENTIELLE 1/2

Prénom & NOM : Sexe : ☐ M ☐ F
Date de naissance : Lieu de naissance :
Régime : ☐ Externe ☐ ½ pensionnaire ☐ Interne Classe :
Téléphone de l'apprenant : __/__/__/__/__
N° d'immatriculation (carte VITALE) de l'apprenant dès 16 ans : ____/____
Médecin traitant de l'apprenant : Dr..... Téléphone : __/__/__/__/__

PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE

Responsable légal 1	Responsable légal 2	Autre personne à joindre, lien
NOM :	NOM :	NOM :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
.....		
.....		
.....		Lien :
Tel domicile : __/__/__/__/__	Tel domicile : __/__/__/__/__	Tel domicile : __/__/__/__/__
Tel travail : __/__/__/__/__	Tel travail : __/__/__/__/__	Tel travail : __/__/__/__/__
Portable : __/__/__/__/__	Portable : __/__/__/__/__	Portable : __/__/__/__/__
Mail :	Mail :	Mail :
@	@	@

- ➔ En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU, contacté par l'établissement, oriente l'apprenant, accidenté ou malade, vers le lieu de soins le mieux adapté à sa situation 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'apprenant mineur sur le lieu de soins, que l'apprenant mineur ne pourra pas 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'année concernant les données transmises.

A....., le __/__/2026

Signature(s) des responsables légaux / de l'apprenant majeur

FICHE URGENCE & TRANSPORT CONFIDENTIELLE 2/2

VACCINATIONS : joindre la copie des 4 pages « vaccinations » du carnet de santé ou une attestation médicale

ALLERGIES :

Si vous souhaitez en faire part, ANTECEDENTS MEDICAUX & CHIRURGICAUX, PATHOLOGIES CHRONIQUES,

DEFICIENCE (visuelle, auditive, moteur), autre :

.....

.....

TRAITEMENTS : joindre PAI, ordonnance

• En cas de pathologie chronique nécessitant la prise d'un traitement de façon régulière ou occasionnelle (crise, décompensation, asthme, céphalées ...), un PAI doit être mis en place pour encadrer et faciliter les soins quotidiens et d'urgence. Le PAI est communiqué aux équipes afin de pouvoir intervenir en connaissance de cause. Les personnels sont soumis à la discrétion professionnelle. Joindre une copie de la dernière ordonnance, le PROTOCOLE D'URGENCE le cas échéant et le PAI (Projet d'Accueil Individualisé) signé par un professionnel de santé afin qu'il soit visé par les personnels de l'établissement. Le PAI est à renouveler à chaque rentrée.

- Au vu du PAI déjà existant la gestion du traitement se fait-elle en autonomie ? ☐ OUI ☐ NON
- Le traitement correspondant est à remettre en mains propres à la CPE le jour de la rentrée.

**placer ici la copie de la carte nationale d'identité
de l'apprenant recto-verso à jour**

placer ici la copie de la Carte VITALE de l'apprenant recto à jour

FICHE SANTE & TROUBLES CONFIDENTIELLE

Référente H⁺ du site de Noirétable : Mme Cathy HYVERT : cathy.hyvert@educagri.fr

TROUBLES ou DIFFICULTES DU LANGAGE ECRIT

L'apprenant souffre-t-il de :

Dyslexie	☐ OUI	☐ NON		Troubles de l'attention sans hyperactivité
Dysorthographe	☐ OUI	☐ NON		☐ OUI ☐ NON
Dyscalculie	☐ OUI	☐ NON		Troubles de l'attention avec hyperactivité
Dyspraxie	☐ OUI	☐ NON		☐ OUI ☐ NON
Dysgraphie	☐ OUI	☐ NON		Troubles du spectre autistique
Dysphasie	☐ OUI	☐ NON		☐ OUI ☐ NON

- Si OUI, joindre le dernier document (PAP, PAI, livret TSLE, autre) répertoriant les aménagements pédagogiques mis en place les années précédentes

TROUBLES PHYSIQUES POUVANT ÊTRE HANDICAPANTS DANS LA FORMATION :

Déficiência visuelle	☐ OUI	☐ NON
Déficiência auditive	☐ OUI	☐ NON
Déficiência moteur	☐ OUI	☐ NON

- Une demande auprès de la MDPH a-t-elle été faite ? ☐ OUI ☐ NON ☐ en cours
- Si OUI, joindre une copie de la notification

Autres :

AMENAGEMENTS AUX EXAMENS :

En cas 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 (CAP, Bac, BTS). La demande se fait la 1ère année du cycle d'étude (1ère année de CAP ou de BTS ou en 2de professionnelle) mais il reste possible de faire une demande les années suivantes, en début d'année scolaire.

Pour constituer le dossier, joindre le dernier bilan orthophonique et/ou des bilans médicaux récents, ainsi que la copie de la dernière notification d'aménagements le cas échéant.

Après validation par la MDPH et par le Ministère de l'Agriculture, les aménagements s'appliquent en CCF comme aux épreuves finales on dit quoi quand formations par UC ?

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

.....

