

DOSSIER INSCRIPTION ÉTUDIANT

Année scolaire : 2020/2021

L'ÉTUDIANT	
NOM (en capitales) :	
Prénoms (dans l'ordre de l'état civil) :	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date de naissance :	Lieu et département de naissance :
Nationalité : <input type="checkbox"/> Française <input type="checkbox"/> Étrangère appartenance à l'UE – Précisez : <input type="checkbox"/> Étrangère hors UE – Précisez :	
Adresse de résidence :	
CP :	Ville :
Portable de l'étudiant :	Courriel de l'étudiant :
RÉGIME	
<input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/> Externe	
FORMATION CHOISIE	
<input type="checkbox"/> BTSA Agronomie Productions Végétales : <input type="checkbox"/> 1ère année <input type="checkbox"/> 2ème année <input type="checkbox"/> BTSA Productions Animales : <input type="checkbox"/> 1ère année <input type="checkbox"/> 2ème année <input type="checkbox"/> BTSA Gestion et Maîtrise de l'Eau : <input type="checkbox"/> 1ère année <input type="checkbox"/> 2ème année	Langue Vivante 1 : Anglais
Redoublant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
OPTION	
Équitation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Galop : <i>(Pas de niveau pré-requis)</i>	
SCOLARITÉ ANTÉRIEURE (Pour les nouveaux étudiants)	
<i>(Classe et Établissement fréquentés 2019/2020)</i>	
N° Identifiant National Étudiant (INE) :	
N° Identifiant Nationale Agricole (INA) :	
Classe suivie :	Dernier diplôme obtenu :
Nom et Adresse de l'établissement :	

LA FAMILLE

(Il est obligatoire de renseigner les responsables légaux 1 et 2
sauf en cas de destitution de l'autorité parentale dans ce cas merci de joindre le jugement)

Responsable Légal 1

(se porte garant du paiement de la pension)

NOM et Prénom :

Date et lieu de naissance :

Situation familiale : Marié(e) Pacsé(e) Vie Maritale Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Lien de parenté avec l'élève :

Adresse complète du domicile :

N° Portable :

Adresse mail* :

N° Fixe :

Profession :

Numéro de téléphone de l'employeur (en cas d'urgence):

Responsable Légal 2

NOM et Prénom :

Situation familiale : Marié(e) Pacsé(e) Vie Maritale Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

Lien de parenté avec l'élève :

Adresse complète du domicile :

(A ne remplir que si différente du Resp. Légal 1)

N° Portable :

Adresse mail* :

N° Fixe :

Profession :

Numéro de téléphone de l'employeur (en cas d'urgence) :

En cas d'urgence et d'absence, indiquez le nom d'une personne pouvant être contactée :

NOM :

Lien de Parenté :

N° téléphone :

AUTORISATION DEMATERIALISATION DE DOCUMENTS*

A compter du 1er septembre 2020, les documents liés à la scolarité de votre enfant (pensions, bulletins, informations diverses...) vous seront adressés par mail. Si vous souhaitez recevoir ces documents par voie postale **uniquement** merci de cocher la case ci-dessous.

Je souhaite recevoir les documents liés à la scolarité de mon enfant par voie postale uniquement.

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE

autorise n'autorise pas l'EPLEFPA Le Robillard à diffuser des photographies et/ou des vidéos à des fins pédagogiques et/ou dans le cadre de notre communication (site Internet, blog...).

INTERNAT

Les étudiants peuvent être logés en chambre individuelle ou collective.

Les modalités pour l'attribution des chambres individuelles, sont les suivantes :

- Priorité donnée aux étudiants de deuxième année
- Les premières demandes seront satisfaites (Cachet de la poste faisant foi et du dossier inscription complet)

Indiquez votre premier choix :

Chambre collective

Chambre individuelle (sous réserve des places disponibles)

PRÉSENCE A L'INTERNAT LE DIMANCHE SOIR OU LE WEEK-END

Je souhaite bénéficier de l'hébergement à l'internat le dimanche soir : OUI NON

Je souhaite bénéficier de l'hébergement à l'internat le week-end (Option facturée) : OUI NON
(sous réserve de place disponible)

L'accueil du dimanche soir constitue un engagement à l'année, l'apprenant devra donc être présent le dimanche soir avant 22^h. Celui-ci doit obligatoirement pointer dès son arrivée sur l'établissement. (Nous vous précisons qu'il n'y a pas de restauration le dimanche soir). En cas d'absence exceptionnelle, vous vous engagez à prévenir l'établissement par téléphone sur le portable de permanence **avant 22h.**

LE TRANSPORT

Utilisation de véhicules

(à remplir OBLIGATOIREMENT pour l'ensemble des étudiants possédant un véhicule)

Je déclare utiliser un véhicule pour se rendre à l'établissement :

Type de véhicule :

Modèle et couleur :

Immatriculation :

Je dois me conformer aux règlements du code de la route et en matière de stationnement. L'établissement d'enseignement est déchargé de toute responsabilité en cas de préjudice pouvant survenir à ce véhicule dans son enceinte.

Utilisation des Navettes Bus Verts (Pour les étudiants Internes) – Cf : Guide Pratique

Je déclare que mon enfant utilise le service des Navettes Bus Verts pour se rendre à Le Robillard ou à la Gare :

Par la Navette le Dimanche soir

Par la Navette le Lundi matin

Par la Navette le Vendredi

Utilisation du Transport Journalier – Agglo de Lisieux (Pour les étudiants externes ou demi-pensionnaires) Cf : Guide Pratique

Ce transport journalier dessert les villes de St Pierre en Auge et Mézidon en lien avec les autres transports du secteur.

✓ Nous certifions avoir pris connaissance du Règlement Intérieur de l'Établissement et de l'ensemble des documents fournis

✓ Nous certifions de l'exactitude des informations indiquées

Signatures obligatoires avec la mention « Lu et Approuvé »

Responsable Légal 1

Responsable Légal 2

Étudiant

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

Pièces à joindre	Documents à compléter et à retourner
<input type="checkbox"/> Carte d'identité de l'étudiant* <input type="checkbox"/> Copie <u>complète</u> du livret de famille* <input type="checkbox"/> Copie du relevé de notes des diplômes obtenus* <input type="checkbox"/> Un exeat* <input type="checkbox"/> Copie de la participation à la JDC <input type="checkbox"/> 1 photo d'identité (Nom et Prénom au dos) <input type="checkbox"/> Assurance scolaire <input type="checkbox"/> Un RIB/Iban * Seulement pour les nouveaux étudiants	Dossier d'inscription Fiche Comptable
<input type="checkbox"/> Copie du carnet de vaccination <input type="checkbox"/> Copie de la carte vitale de l'étudiant <input type="checkbox"/> Fiche urgence (document fourni)	Dossier Infirmier
<input type="checkbox"/> Copie du permis de conduire et de la carte grise <input type="checkbox"/> Copie du Contrôle technique et assurance du véhicule	Pour les étudiants utilisant une voiture
DOCUMENTS A CONSERVER	
<input type="checkbox"/> Règlement Intérieur <input type="checkbox"/> Calendrier	<input type="checkbox"/> Le guide pratique <input type="checkbox"/> Document d'Information sur Plan en Mise en Sûreté

CE DOSSIER EST À REMETTRE À MME BLONDEL

POUR TOUT RENSEIGNEMENT, MERCI DE CONTACTER LE 02-31-42-61-19

TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITÉ ET SERA RETOURNÉ

Partie réservée à l'Administration

Dossier Transmis le :	
Dossier Reçu le :	
Retour Dossier Incomplet le :	
Motif :	



Cadre réservé à l'administration	Année scolaire : 2020-2021	ETUDIANT
Classe :	Dématérialisation : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> C.C <input type="checkbox"/> C.I
Nom et Prénom de l'étudiant(e) :		<input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> WE

FICHE COMPTABLE

(à remplir obligatoirement par la personne se portant garant du paiement de la pension et des frais annexes)

Je soussigné(e), (NOM et Prénom) :

né(e) le : à : Département :

Mail :@..... Tél. :

Domicilié, (Adresse complète) :

Responsable Légal(e) ou Tuteur Etudiant(e) majeur(e) Autre :

De l'étudiant(e), (NOM et Prénom) :

(Classe) :

Dont le régime est : EXTERNE DEMI-PENSIONNAIRE INTERNE

me porte garant et m'engage à payer la pension et les frais annexes pendant la durée de l'année scolaire, conformément au tarif en vigueur, dès mise en recouvrement. A défaut, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement en soit poursuivi, conformément à la réglementation en vigueur.

✂ IMPORTANT : Tout changement de régime ne pourra intervenir en cours de trimestre et ne sera effectif qu'à l'issue de la période de facturation, sur demande écrite et justifiée du responsable légal ou de l'étudiant(e) majeur(e).

Mode de règlement de la pension et des frais annexes

L'étudiant(e) est **EXTERNE** : Paiement à échéance : Dès réception de la facture, je règle par tout moyen de paiement : chèque, virement, espèces (***le prélèvement automatique n'est pas possible***).

L'étudiant(e) est **DEMI-PENSIONNAIRE ou INTERNE**,
Je choisis le mode de règlement suivant (***une seule option possible***) :

- Paiement mensuel : Par prélèvement bancaire automatique
↳ **merci de compléter impérativement, au verso, l'autorisation de prélèvement**
- Paiement à échéance : Dès réception de la facture, je règle par tout autre moyen de paiement.

Fait à : Signature :

le :

Relevé d'identité bancaire ou postal à agraffer ici

- OBLIGATOIRE -

Ce Relevé pourra notamment être utilisé pour verser des aides ou rembourser un trop perçu

**FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT BANCAIRE
(Uniquement pour les pensions et frais annexes des étudiants INTERNES)**

Si vous souhaitez régler les pensions par prélèvement bancaire. Vous devez remplir et signer ce document. Le prélèvement est mensuel (08 à 09 prélèvements à partir de novembre ou décembre selon les cas).

Pour que votre demande soit prise en compte, vous devez : (à défaut, le paiement à échéance sera appliqué)

- 1- Compléter l'intégralité de ce formulaire, et le signer.
- 2- Joindre un Relevé d'Identité Bancaire (RIB IBAN).

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'EPLEFPA Le Robillard à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de l'EPLEFPA Le Robillard. En cas de litige sur un prélèvement, vous pouvez en faire suspendre l'exécution par simple demande à votre banque. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque suivant 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.

TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER	CREANCIER
Nom, Prénom :	EPLEFPA LE ROBILLARD
Adresse :	Lieury 14 170 ST-PIERRE EN AUGE
Code postal :	Tél : 02 31 42 61 17
Ville :	mail : legta.le-robillard@educagri.fr
Pays :	Identifiant créancier SEPA : FR42ZZZ80D006

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER – Joindre obligatoirement un RIB -					
Code banque	Code guichet	N°compte	Clé RIB	Banque	
				BIC/SWIFT	

Informations complémentaires à renseigner	DATE ET SIGNATURE OBLIGATOIRES
Nom de l'étudiant(e) :	Fait à :
Classe :	Le :
Régime : <input type="checkbox"/> interne <input type="checkbox"/> demi-pensionnaire	Signature :
Adresse mail :	
Téléphone :	

RAPPEL : En signant ce mandat, j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si la situation le permet, les prélèvements ordonnés par l'EPLEFPA Le Robillard. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec l'EPLEFPA Le Robillard.

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les nécessités de la gestion et pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès au créancier ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n°80-10 du 01/04/1980 de la Commission Nationale Informatique et Libertés.



Mme Patricia KUNTZ
Infirmière
02-31-42-61--18

Nom de l'élève :

Prénom de l'élève :

Date de naissance :

Classe :

Interne Demi-pensionnaire Externe

DOSSIER INFIRMERIE

Année scolaire : 2020/2021

Renseignements administratifs

Numéro de sécurité sociale de l'apprenant :
Groupe Sanguin :
Adresse postale de l'apprenant :
Téléphone portable de l'apprenant :
Téléphone portable du responsable légal :

Liste des pièces à fournir

<input type="checkbox"/>	- Photocopie de la carte vitale de l'apprenant ou photocopie de son numéro de carte vitale - Photocopie de la carte mutuelle (pour éviter des frais pharmaceutiques)
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none">Pour les nouveaux inscrits : Photocopie des pages du carnet de santé ou des vaccinations (BCG, DT Polio- coq, hépatite, R.O.R : rougeole, oreillons, rubéole).Pour les anciens inscrits : Vérifier la date du rappel et le mettre à jour si nécessaire, ne donner les photocopies des pages du carnet de santé que si nouvelle vaccination. Indiquer les éventuelles injections de sérum antitétanique.

Fiche de santé

Antécédents médicaux ou chirurgicaux :	
Allergies* :	
Traitement(s)** :	

**Si votre enfant présente des allergies saisonnières, vous avez la possibilité de laisser à l'infirmière son traitement avec la prescription médicale.*

*** L'infirmière doit impérativement être informée de tous les traitements en cours et avoir en sa possession un duplicata des ordonnances*

Activités autour de l'apiculture : L'établissement dispose d'un rucher pédagogique entretenues par l'association ANC (Abeille Normande du Calvados). Un certain nombre d'élèves pourront ainsi être sensibilisés, avec des professionnels de l'ANC. Les tenues adéquates de protection seront fournies si la classe s'approche des ruches.

En cas de terrain allergique (eczéma, rhinite, allergies alimentaires...) ou antécédent allergique personnel ou familial au venin d'hyménoptères :

Un certificat médical d'aptitude à la pratique de l'apiculture devra obligatoirement être fourni préalablement aux cours pratiques.

- ◆ Si votre enfant est dispensé d'éducation sportive à l'année merci de nous joindre obligatoirement un certificat médical.
- ◆ Tout accident ou blessures survenus le week-end et qui nécessiteraient une dispense exceptionnelle d'activité sportive, doivent être déclarés impérativement au bureau de l'infirmière en début de semaine.

Signature du responsable légal

Signature de l'apprenant

Situation de handicap

Si votre enfant présente une déficience (auditive, visuelle...), une difficulté d'apprentissage (dyslexie...) ou un trouble de la santé évoluant sur une longue période.

Veillez préciser le type de handicap, le traitement suivi et/ou les aménagements sollicités.

Aménagement d'épreuves

◆ Vous avez un dispositif particulier

- PAP
- PAI
- Reconnaissance DYS
- Autres,

◆ Souhaitez vous faire une demande d'aménagement d'épreuves pour les examens

- Oui Non
- ↳ Si oui, vous devez constituer un dossier à retirer auprès de l'infirmière pour les lycéens ou auprès du secrétariat pour les apprentis.

◆ Avez-vous déjà effectué un bilan orthophonique ?

- Oui Non
- ↳ Si oui, il est valable 2 ans et est à joindre au dossier d'aménagement d'épreuves.
- ↳ Si non, prendre contact au plus tôt avec un orthophoniste. Ce bilan est indispensable à la constitution du dossier d'aménagement.

Partie réservée à l'administration

Transmis à la famille le

Retourné par la famille le

Transmis par le professeur le

Envoyé à la DRAAF le



Nom de l'élève :

Prénom de l'élève :

Classe :

Interne Demi-pensionnaire Externe

**FICHE D'URGENCE (en cas d'hospitalisation)
Année scolaire : 2020/2021**

Renseignements Apprenant

Groupe sanguin de l'apprenant :
Date de naissance de l'apprenant :
Téléphone portable de l'apprenant :
Adresse de l'apprenant :

Personnes à prévenir en cas d'urgence

Nom – Qualité (père, mère, grand-père, tante...)	Téléphone Fixe	Téléphone Portable	Téléphone Travail
1.			
2.			
3.			

Renseignements administratifs

Numéro sécurité sociale apprenant :	
Numéro sécurité sociale responsable légal :	
Nom de la caisse ou de la mutuelle :	
Nom et numéro du médecin traitant :	

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX que vous désirez signaler

Non couverts par le SECRET MÉDICAL

L'élève est-il atteint d'une maladie nécessitant un traitement spécial ? Oui Non

Maladie	
Traitement	
Prescription si urgence (joindre ordonnance)	

Maladie de l'enfance

Coqueluche Oreillons Rougeole Rubéole Scarlatine Varicelle

Date du dernier rappel DT POLIO le :

L'élève a-t-il subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? Lesquelles ? (dates)

--

Autres maladies (dates) – Observations que vous jugez utile de nous faire connaître

--

Autorisations

Je soussigné(e) autorise :

- ➔ L'ADMINISTRATION DE L'ÉTABLISSEMENT : à faire dispenser les soins souscrits par le médecin ou à pratiquer une hospitalisation si nécessaire
- ➔ MON ENFANT A SE RENDRE SEUL chez le médecin, à la pharmacie, chez le kinésithérapeute son état de santé le permet.
- ➔ LE TRANSPORT aller-retour de mon enfant par les pompiers, par un véhicule sanitaire ou par un taxi agréé par la sécurité sociale ou la MSA, sous la responsabilité du chauffeur.

Je m'engage à régler les honoraires et frais engagés et à venir chercher mon enfant si son état de santé ne lui permet pas la poursuite de ses cours.

Fait à, le.....

L'apprenant majeur

Le Représentant légal