

DOSSIER INSCRIPTION

Bac Professionnel

Année scolaire : 2020/2021

L'ÉLÈVE	
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'élève :	Courriel de l'élève :
RÉGIME CHOISI	
<input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/> Externe	
FORMATION CHOISIE	
Agroéquipement <input type="checkbox"/> Seconde Professionnelle <input type="checkbox"/> Première Professionnelle <input type="checkbox"/> Terminale Professionnelle	Conduite et Gestion de l'Entreprise Agricole <input type="checkbox"/> Seconde Professionnelle (CEC) <input type="checkbox"/> Première Professionnelle Option : <input type="checkbox"/> GC <input type="checkbox"/> PE <input type="checkbox"/> Terminale Professionnelle Option : <input type="checkbox"/> GC <input type="checkbox"/> PE
Langue Vivante : <input checked="" type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Redoublant	
OPTION	
Hippologie – Équitation (pas de niveau pré-requis) : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Galop :	
SCOLARITÉ ANTÉRIEURE (Pour les nouveaux élèves)	
<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 complète 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) :

Autre Contact

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...).

DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

Pièces à joindre	Documents à compléter et à retourner
<input type="checkbox"/> Carte d'identité de l'élève* <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 l'attestation de recensement ou 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 élèves	Dossier d'inscription Régime de sortie Fiche comptable
<input type="checkbox"/> Copie du carnet de vaccination <input type="checkbox"/> Copie de la carte vitale de l'élève <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 élèves 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 Sécurité

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 :	

**Service Vie Scolaire**

Tél : 02-31-42-61-02 (Assistant d'éducation)

Tél : 02-31-42-61-19 (Secrétariat)

Mail : vie.scolaire@le-robillard.fr

ANNEE SCOLAIRE 20
20**REGIME DES SORTIES**
A compléter par tous les lycéens

Je soussigné(e), NOM PRENOM

Responsable légal(e) de l'élève en classe de

 Elève mineur Elève majeur Elève majeur au*La responsabilité de l'établissement n'est plus engagée dès lors que vous autorisez votre enfant à sortir de l'établissement.***Lundi, Mardi, Jeudi en fin de journée** **Autorise** mon enfant à sortir de l'établissement entre 15h25 et 17h35 s'il n'a pas cours

A 17h45, il devra signaler sa présence à l'assistant d'éducation en charge de la surveillance de son internat. Il ne pourra plus quitter le lycée et devra obligatoirement manger au self.

 N'autorise pas mon enfant à sortir de l'établissement après sa dernière heure de cours de la journée

Votre enfant devra signaler sa présence par un pointage toutes les heures à la Vie Scolaire dès la fin de ses cours à 15h35, 16h35 et 17h35.

Mercredi **Autorise** mon enfant à sortir librement après le repas le mercredi après-midi à partir de la fin de ses cours.→ **Son retour aura lieu :** **Le mercredi à 17h30 :** A 17h35, il devra signaler sa présence au pointage OBLIGATOIRE de tous les internes au Lieu de Vie. Il ne pourra plus quitter l'établissement et devra obligatoirement manger au self. **Le jeudi à 8h00** **N'autorise pas** mon enfant à sortir librement de le mercredi après-midi.

Votre enfant devra signaler sa présence par un pointage toutes les heures à la Vie Scolaire à 13h35, 14h35, 15h35, 16h35 et à 17h35 en salle B02.

Autorisation Signature Décharge Majeur **Autorise** mon enfant majeur à signer une décharge afin de quitter l'établissement à la fin de cours ou en cas de force majeure. **N'autorise pas** mon enfant majeur à signer une décharge afin de quitter l'établissement.**PRISE DE CONNAISSANCE DU REGIME DE SORTIR PAR L'ÉLÈVE**

Je soussigné(e), NOM PRENOM élève du Robillard, déclare avoir pris connaissance de mon régime de sortie et m'engage à le respecter. Dans le cas contraire, une punition sera posée.

A....., le.....

Signature, précédée de la mention manuscrite
« Lu et approuvé »→ Cette fiche doit être dûment complétée pour être validée, si un item n'est pas rempli il sera considéré comme "NON"
→ Toute modification en cours d'année devra être signalée par courrier à l'attention des CPE



Cadre réservé à l'administration	Année scolaire : 2020-2021	LYCEEN
Classe :	Dématérialisation : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> C.I <input type="checkbox"/> C.C
Nom et Prénom de l'élève :		<input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> Dim

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 Élève responsable de lui-même Autre :

De l'élève, (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.

Mode de règlement de la pension et des frais annexes

L'élève 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'élève 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 bourses, des aides ou rembourser un trop perçu

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT BANCAIRE
(Uniquement pour les pensions et frais annexes des élèves 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 AUGÉ
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'élève :	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