

# DOSSIER INSCRIPTION APPRENTISSAGE

Année Scolaire 2020-2021



## L'APPRENTI

Classe pour l'année 2020/2021 :

NOM de l'apprenti(e) :

Prénom de l'apprenti(e) :

Sexe : Féminin  Masculin

Nationalité : Française  Autre

laquelle :

Né (e) le

à

Département :

Adresse de résidence de l'apprenti :

Code Postal :

Ville :

Portable Apprenti(e) :

Adresse mail de l'apprenti(e)

REGIME : Interne

Demi-Pensionnaire

Externe

ANTERIEURESCOLARITE

N° Identifiant National (INE ou INA) :

Classe suivie en 2019/2020 :

Nom et adresse de l'établissement :

Nom dernier diplôme obtenu :

Classe suivie AVANT l'apprentissage :

Nom et adresse de l'établissement :

## LE MAITRE D'APPRENTISSAGE

MAITRE D'APPRENTISSAGE

En contrat d'Apprentissage chez :

NOM, Prénom du maître d'apprentissage :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Adresse mail :

Téléphone portable :

Téléphone fixe :

Date du début du contrat d'apprentissage :

Partie réservée à l'administration : Organisme de compétence :

# LA FAMILLE

## COORDONNEES DES RESPONSABLES LEGAUX

Situation familiale : Mariés  Célibataire  PACS  Vie maritale  Séparés  Divorcés  Veuf (ve)   
En cas d'autorité parentale conjointe, il est impératif de renseigner les 2 rubriques « Responsable 1 et 2 »  
Préciser si **un seul parent a l'autorité parentale** : PERE  MERE

## ADRESSES

En cas de séparation, veuillez préciser ci-dessous le lieu de résidence principale de l'apprenti  
Père  Mère  Père ou Mère en alternance

### Coordonnées du Responsable légal 1 où réside l'apprenti

NOM :

Prénom :

ADRESSE DU DOMICILE :

Code Postal :  Ville :

Tél fixe :

### Coordonnées du Responsable légal 2

NOM :

Prénom :

ADRESSE DU DOMICILE :

Code Postal :  Ville :

Tél fixe :

### Renseignements PERE

Portable Père :

Mail Père :

Profession :

NOM de l'employeur et adresse du lieu de travail :

N° de téléphone travail :

### Renseignements MERE

Portable Mère :

Mail Mère :

Profession :

NOM de l'employeur et adresse du lieu de travail :

N° de téléphone travail :

**En cas d'absence et d'urgence**, indiquer le(s) nom(s) des personnes pouvant être contactées :

NOM :  Lien éventuel de parenté  N° de téléphone

NOM :  Lien éventuel de parenté  N° de téléphone

L'apprenti(e) est sous la responsabilité d'un TUTEUR

Nom :  Prénom :

Adresse

N° téléphone du tuteur :  Adresse mail du tuteur :

## REGLEMENT INTERIEUR

Je déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'établissement et je m'engage à le respecter.

A noter également que les responsables légaux ou l'apprenti(e) majeur(e) doivent :

- avertir le CFA et le maître d'apprentissage pour toute absence (en cours ou en entreprise) quel que soit le motif

➤ Au 02.31.42.61.21 pendant les heures d'ouverture du secrétariat

➤ Sur le portable de permanence au 06.88.33.13.60 en dehors des heures d'ouverture et le dimanche soir

- envoyer un justificatif dans les 48h qui suivent l'absence par courrier ou par mail [cfa.le-robillard@educagri.fr](mailto:cfa.le-robillard@educagri.fr)

## L' HEBERGEMENT EN INTERNAT

L'accueil du dimanche soir constitue **un engagement à l'année**. L'accueil des apprenants est possible à partir de 20h.

**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 ou par message téléphonique sur le portable de permanence au 06.88.33.13.60 **avant 19h45**.

☞ **JE SERAI PRÉSENT A L'INTERNAT LE DIMANCHE SOIR :**

OUI

NON

(Option d'une nuitée supplémentaire facturée)

## LE TRANSPORT

☞ **JE SUIS INTERNE et JE SOUHAITE UTILISER DES NAVETTES BUS VERTS GARE – LE ROBILLARD**

Je demande à bénéficier d'un service de transport :

Par la navette Bus Verts le **dimanche soir** à 20h45 en gare de Mézidon

Par la navette Bus Verts le **lundi matin** (à 8h30 en gare de Mézidon - à 8h45 en gare de St Pierre sur Dives)

Par la navette Bus Verts le **vendredi après-midi** vers la gare de Mézidon à 15h30 et à 16h30

Pour toute demande de carte de transport ou d'information pour la rentrée, **consultez le site [busverts.fr](http://busverts.fr)**.

☞ **JE SUIS EXTERNE OU DEMI-PENSIONNAIRE et JE SOUHAITE UTILISER LE TRANSPORT SCOLAIRE JOURNALIER**

Un service de transport journalier dessert St PIERRE EN AUGÉ et MEZIDON en lien avec les autres transports du secteur.

Je vais utiliser le transport journalier. Je dois faire une **DEMANDE DE CARTE DE TRANSPORT SCOLAIRE**

**ANNEE 2020-2021** auprès du Service de Transport Scolaire Lisieux-Normandie – 6 rue d'Alençon 14100 LISIEUX

## AUTORISATION DROIT A L'IMAGE - DEMATERIALISATION de DOCUMENTS

J'autorise l'EPLEFPA LE ROBILLARD à diffuser des photographies ou vidéos à des fins pédagogiques

Je n'autorise pas l'EPLEFPA LE ROBILLARD à diffuser des photographies ou vidéos à des fins pédagogiques

Je n'ai pas d'adresse mail et je souhaite recevoir les documents liés à la scolarité pour voie postale uniquement

## SECURITE

J'atteste avoir pris connaissance des documents mis en annexe concernant les règles de sécurité sur l'établissement

Le Plan Particulier de Mise en Sécurité (PPMS)

Les consignes de sécurité pour les travaux pratiques

## SIGNATURES

Nous soussignés, (père, mère, tuteur) de

Certifions l'exactitude des informations et nous engageons à avoir pris connaissance et à respecter le règlement intérieur.

**Signatures des responsables légaux et de l'apprenti obligatoires**

Père

Mère

Tuteur

Apprenti

# DOCUMENTS A REMETTRE OBLIGATOIREMENT

## IL EST IMPERATIF DE REMETTRE AU SECRETARIAT DU CFA UN DOSSIER COMPLET.

Pour vous aider à rassembler les pièces, veuillez cocher les cases suivantes au fur et à mesure des justificatifs fournis :

### ↳ Documents à remplir et à signer :

- 0.** Le DOSSIER d'INSCRIPTION rempli recto verso avec toutes les signatures
- 1a.** Le DOSSIER d'INFIRMERIE
- 1b.** La fiche URGENCE
- 2.** La fiche COMPTABLE
- 3.** Le feuillet d'AUTORISATION DE SORTIE des apprentis
- 4.** Le document d'INFORMATION DU VEHICULE

### ↳ Documents à fournir :

- Un EXEAT pour l'entrée en formation (document de fin de scolarité à demander à l'établissement d'origine)
  - Copie Carte d'identité de l'apprenti(e) recto/verso
  - Copie Livret de famille (Parents et Enfants)
  - Copie des derniers diplômes (ou relevé de notes du dernier diplôme obtenu)
  - L'attestation de participation à la JOURNEE DU CITOYEN ou le justificatif de recensement, pour les apprentis de + de 16 ans
  - Une attestation d'ASSURANCE SCOLAIRE remplie par votre compagnie d'assurance qui couvre les périodes de présence au CFA
  - Copie de la carte vitale de l'apprenti et/ou son attestation d'assuré social
  - Copie du carnet de vaccination
  - En cas d'inaptitude à la pratique sportive, contacter le secrétariat pour obtenir le document officiel à remplir par votre médecin
  - Un RIB obligatoire (y compris pour les externes en cas de versement d'aides)
  - Copie du Permis de Conduire
  - Copie Carte grise
  - Copie Assurance du véhicule
  - Le certificat médical d'aptitude délivré par la MSA dès que vous avez passé la visite médicale demandée par votre employeur.
- } Papiers du véhicule de l'apprenti si son véhicule stationne sur l'établissement

### ↳ Documents à conserver :

- A. Le guide pratique sur le fonctionnement du CFA
  - B. Le planning d'alternance
  - C. Le règlement intérieur
  - D. Le document d'information sur Plan de Mise en Sécurité
  - E. Les consignes de sécurité pour les travaux pratiques
-



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

Nom de l'élève :	<input type="text"/>
Prénom de l'élève :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>
Classe :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/> Externe	

## DOSSIER INFIRMERIE

### Année scolaire : 2020/2021

Renseignements administratifs	
Numéro de sécurité sociale de l'apprenant :	<input type="text"/>
Groupe Sanguin :	<input type="text"/>
Adresse postale de l'apprenant :	<input type="text"/> <input type="text"/>
Téléphone portable de l'apprenant :	<input type="text"/>
Téléphone portable du responsable légal :	<input type="text"/>

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"><li><b>Pour les nouveaux inscrits :</b> Photocopie des pages du carnet de santé ou des vaccinations (BCG, DT Polio- coq, hépatite, R.O.R : rougeole, oreillons, rubéole).</li><li><b>Pour les anciens inscrits :</b> 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.</li></ul> <p>Indiquer les éventuelles injections de sérum antitétanique.</p>

<b>Fiche de santé</b>	
<b>Antécédents médicaux ou chirurgicaux :</b>	
<b>Allergies* :</b>	
<b>Traitement(s)** :</b>	

*\*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 entretenu par l’association ANC (Abeille Normande du Calvados). Un certain nombre d’élèves pourra ainsi être sensibilisé, 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 :	<input type="text"/>
Prénom de l'élève :	<input type="text"/>
Classe :	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/> Externe	

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

**Renseignements Apprenant**

Groupe sanguin de l'apprenant :	<input type="text"/>
Date de naissance de l'apprenant :	<input type="text"/>
Téléphone portable de l'apprenant :	<input type="text"/>
Adresse de l'apprenant :	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

**Personnes à prévenir en cas d'urgence**

Nom – Qualité (père, mère, grand-père, tante...)	Téléphone Fixe	Téléphone Portable	Téléphone Travail
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Renseignements administratifs**

Numéro sécurité sociale apprenant :	<input type="text"/>
Numéro sécurité sociale responsable légal :	<input type="text"/>
Nom de la caisse ou de la mutuelle :	<input type="text"/>
Nom et numéro du médecin traitant :	<input type="text"/>



**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	<input type="text"/>
Traitement	<input type="text"/>
Prescription si urgence (joindre ordonnance)	<input type="text"/>
<b>Maladie de l'enfance</b>	
<input type="checkbox"/> Coqueluche <input type="checkbox"/> Oreillons <input type="checkbox"/> Rougeole <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Scarlatine <input type="checkbox"/> Varicelle	
Date du dernier rappel DT POLIO le :	<input type="text"/>

**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

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

Pour les apprenti(e)s Demi-Pensionnaires et Internes

## FICHE COMPTABLE

***(à remplir obligatoirement par la personne se portant garant du paiement de la pension de l'apprenti(e))***

Je soussigné(e), (NOM et Prénom) :

né(e) le  à  Département

Mail :  Tél.

Domicilié, (Adresse complète) :

Responsable Légal(e) ou Tuteur     Apprenti(e) majeur(e)     Autre

De l'apprenti(e), (NOM et Prénom)

(Classe)

Dont le régime est :  **DEMI-PENSIONNAIRE**     **INTERNE**     Chambre Collective     Chambre Individuelle  
 Option « Nuitée Dimanche soir »

me porte garant et m'engage à payer la pension 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'apprenti(e) majeur(e).

### Mode de règlement de la pension

L'apprenti(e) est **DEMI-PENSIONNAIRE** ou **INTERNE** : Paiement à échéance. Dès réception de la facture, je règle par tout moyen de paiement : espèces, chèque, virement bancaire.

**Suite à la réforme de la formation par apprentissage et des aides prévues au financement des frais d'hébergement et de restauration des apprentis, le prélèvement automatique mensuel n'est plus proposé.**

Fait à :

Signature :

le :

**Relevé d'identité bancaire ou postal àagrafer ici**

**- OBLIGATOIRE -**

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

**Service Vie Apprentissage**

Tél : 02-31-42-61-31 (Conseillère Vie  
Apprentissage) Tél : 02-31-42-61-21 (Secrétariat)  
Mail : [cfa.le-robillard@educagri.fr](mailto:cfa.le-robillard@educagri.fr)

**ANNÉE SCOLAIRE 2020 2021**

**RÉGIME DE SORTIE  
A compléter par tous les  
apprentis**

Je soussigné(e), NOM  PRENOM

Responsable légal(e) de  en classe de

Apprenti mineur  Apprenti majeur  Apprenti majeur au

Dont le régime est  Interne  Demi-pensionnaire  Externe

**Autorisation de sortie**

- Autorise** mon enfant à sortir de l'établissement  
 entre 12h05 et 13h20  
 entre 17H45 et 19h40

*Dans ce cas, si l'apprenti ne mange pas au self, aucune remise ne sera appliquée en facturation.*

*La responsabilité de l'établissement n'est plus engagée dès lors que vous autorisez votre enfant à sortir de l'établissement.*

**N'autorise pas** mon enfant à sortir de l'établissement

**Autorisation Signature Décharge Majeur**

**Autorise** mon enfant majeur à signer une décharge au moins 24h à l'avance 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.

**Sorties culturelles et sportives encadrées non obligatoires**

**Autorise** mon enfant à participer aux sorties cultures et sportives encadrées non obligatoires.

**N'autorise pas** mon enfant à participer aux sorties cultures et sportives encadrées non obligatoires.

**PRISE DE CONNAISSANCE DU REGIME DE SORTIE PAR L'APPRENTI**

Je soussigné(e), NOM  PRENOM   
apprenti du CFA Le Robillard, déclare avoir pris connaissance de mon régime de sortie et m'engage à le respecter.  
Dans le cas contraire, je m'expose aux conséquences.

A  le

Signatures précédées de la mention manuscrite « Lu et Approuvé »

**Signature de l'Apprenti**

**Signature du responsable légal**

→ 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 de la conseillère vie apprentissage

# INFORMATION SUR VEHICULE

À remplir pour les apprenti-e(s) possédant  
un véhicule stationnant dans l'établissement

Je soussigné,

NOM :

PRENOM :

**Déclare que j'utilise pour me rendre à l'établissement :**

Mobylette/Scooter  Immatriculé

Moto  Immatriculé

Voiture  Immatriculé

Marque

Couleur

**Et m'engage :**

↪ **A me conformer au code de la route dans l'établissement y compris sur les parkings**

↪ **A signaler tout changement de véhicule ou d'immatriculation au cours de l'année scolaire**

↪ **A ne pas utiliser mon véhicule pour me déplacer pendant les intercourrs ni pour me rendre sur l'exploitation**

## LE RESPECT DE CES CONSIGNES CONDITIONNE L'ACCÈS A L'ÉTABLISSEMENT AVEC SON VÉHICULE

**L'établissement est dégage de toute responsabilité en cas de préjudice pouvant survenir à ce véhicule dans son enceinte.**

A

le

*Signature de l'apprenti-e*

*Signature du responsable légal (si mineur-e)*