

## DOCUMENTS A RAPPORTER AU LYCÉE DE FONTAINES LES 28 JUIN ou 1<sup>er</sup> JUILLET 2024

### Documents à télécharger, compléter, imprimer et signer :

- Le dossier d'inscription
- La fiche Engagement
- La fiche d'autorisation de sortie/autorisation zone fumeurs
- La fiche santé
- La fiche urgence
- Le coupon-réponse Bourses
- L'adhésion à l'ALESA (à rendre sous enveloppe avec la mention **ALESA**)
- L'adhésion à l'APE (à rendre sous enveloppe avec la mention **APE**)

### joindre :

- Une copie du livret de famille (dans son intégralité) et copie du jugement de divorce/séparation pour les familles concernées.
- Une photocopie de la carte d'identité (recto/verso) ou du passeport en cours de validité
- Les documents demandés avec la fiche santé

\*\*\*\*\*

**La demande d'adhésion ou renouvellement au prélèvement automatique est à renvoyer  
DIRECTEMENT à l'agence comptable :**

**Agence Comptable**

**BP 70058**

**71328 CHALON SUR SAONE CEDEX**

**ou par mail à [cathy.lanneau@educagri.fr](mailto:cathy.lanneau@educagri.fr)**

\*\*\*\*\*

**N'oubliez pas de prendre connaissance de tous les documents relatifs à la  
scolarité dans la rubrique « A consulter ».**

## DOSSIER D'INSCRIPTION Année scolaire 2024-2025

**CLASSE DE :** \_\_\_\_\_

CANDIDAT	
Nom (en majuscules) :	_____ Prénom usuel : _____
Prénoms de l'état civil :	_____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Situation familiale :	_____ Nom de naissance : _____
Date de naissance :	_____ à _____ Dép. : _____
Pays :	_____ Nationalité : _____
Adresse : _____	
Code postal :	_____ Commune : _____
N° tél.domicile :	_____ Sur liste rouge : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
N° portable :	_____ Sur liste rouge : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Email du candidat : _____	
Redoublant <sup>(1)</sup> :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dispensé d'E.P.S. <sup>(1)</sup> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Régime envisagé <sup>(1)</sup> :	<input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/> Interne-Externé* <input type="checkbox"/> Externe (* <i>Interne-Externé</i> : l'élève prend les repas du matin, du midi et du soir au lycée et a un logement extérieur)
Langue vivante A <sup>(1)</sup> :	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand Langue vivante B <sup>(1)</sup> : <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Espagnol
Option (cocher 1 case) :	<input type="checkbox"/> Pratiques Professionnelles <input type="checkbox"/> Hippologie-équitation <input type="checkbox"/> Pratiques Physiques et Sportives
ASSURANCE SCOLAIRE	
NOM et adresse de la compagnie : _____	
N° sociétaire/contrat : _____	
ÉTABLISSEMENT et FORMATION D'ORIGINE	
Nom de l'établissement : _____	
Adresse complète : _____	
Code postal :	_____ Commune : _____
Formation suivie : _____	
Diplôme obtenu (nom et spécialité) :	_____ Année d'obtention : _____
Code INE du candidat :	_____ (à demander à l'établissement d'origine et à renseigner <b>obligatoirement</b> )

(1) cocher la case correspondant à votre choix

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

### RESPONSABLE 1 (et destinataire des factures)

Lien de responsabilité <sup>(1)</sup> :  Père  Mère  Tuteur

Responsable légal <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

Civilité <sup>(1)</sup> :  Monsieur  Madame

Autorité parentale <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

Nom (en majuscules) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Situation familiale <sup>(1)</sup> :  Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Vie maritale  PACS  Séparé(e)

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

N° tél.domicile : \_\_\_\_\_ Sur liste rouge <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

N° portable : \_\_\_\_\_ Sur liste rouge <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

Email du responsable : \_\_\_\_\_

Autorise la communication de ses coordonnées <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

Situation professionnelle <sup>(1)</sup> :  en activité  au chômage  retraité  pré-retraité  autre situation

Intitulé exact de la profession : \_\_\_\_\_ N° tél. professionnel : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE 2

Lien de responsabilité <sup>(1)</sup> :  Père  Mère  Tuteur

Responsable légal <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

Civilité <sup>(1)</sup> :  Monsieur  Madame

Autorité parentale <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

Nom (en majuscules) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Situation familiale <sup>(1)</sup> :  Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Vie maritale  PACS  Séparé(e)

Adresse : \_\_\_\_\_  
(Si différente)

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

N° tél.domicile : \_\_\_\_\_ Sur liste rouge <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

N° portable : \_\_\_\_\_ Sur liste rouge <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

Email du responsable : \_\_\_\_\_

Autorise la communication de ses coordonnées <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

Situation professionnelle <sup>(1)</sup> :  en activité  au chômage  retraité  pré-retraité  autre situation

Intitulé exact de la profession : \_\_\_\_\_ N° tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Autre personne à contacter en cas d'absence et d'urgence : \_\_\_\_\_

N° tél. ou portable : \_\_\_\_\_ lien de parenté : \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> cocher la case correspondant à votre choix

### ENGAGEMENT

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

- Certifie sur l'honneur les renseignements précisés sur ce document
- M'engage à payer la pension (internat, demi-pension) pendant la durée de la scolarité, conformément au tarif en vigueur. A défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement en soit poursuivi, conformément à la réglementation en vigueur.
- Certifie avoir pris connaissance de l'ensemble des documents et règlements régissant le fonctionnement de l'établissement.

Date et signature des responsables

Date et signature de l'élève

## ENGAGEMENT

A remplir par le Responsable se portant garant du paiement de la pension et des frais de scolarité  
(idem responsable 1 noté sur le dossier d'inscription ou réinscription et demandeur de bourse)

### 1 - Je soussigné(e) :

Nom :  Prénom :

Date et lieu de naissance :

N° sécurité sociale :

Lien de responsabilité <sup>(1)</sup> :  Père  Mère  Tuteur

Adresse :

Code postal :  Commune :

Profession :

NOM et adresse complète de l'employeur (*obligatoire*):

### 2 – Je m'engage à payer la pension et tous les frais liés à la scolarité de :

NOM :  Prénom :

Classe :

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.

Fait à  le  Signature

AGRAFER ICI UN RIB

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

responsable légal de l'élève

en classe de

## AUTORISATION DE SORTIES

### ÉLÈVE INTERNE

autorise mon enfant à entrer dans l'établissement **dès la première heure de cours** de la semaine.

autorise mon enfant à quitter l'établissement **après la dernière heure de cours** de la semaine.

**Dans le cas contraire, mon enfant sera présent et sous la responsabilité de l'établissement du lundi 9h25 au vendredi 17h.**

autorise mon enfant à s'externer tous les mercredis à **partir de 13h00** (retour le jeudi matin dès la première heure de cours).

**Pour s'externer de manière occasionnelle, une demande écrite doit être parvenue en vie scolaire avant mardi 12h.**

autorise les personnes suivantes à prendre en charge mon enfant :

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

### ÉLÈVE DEMI-PENSIONNAIRE

autorise mon enfant à entrer dans l'établissement **dès la première heure de cours** prévue à l'emploi du temps.

autorise mon enfant à quitter l'établissement **après la dernière heure de cours** prévue à l'emploi du temps.

**Dans le cas contraire, mon enfant sera présent et sous la responsabilité de l'établissement selon les horaires journaliers définis par le règlement intérieur.**

autorise les personnes suivantes à prendre en charge mon enfant :

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

## AUTORISATION PARENTALE ZONE FUMEURS ÉLÈVE MINEUR

**L'autorise à se rendre sur la zone où le tabac est toléré.**

*Je sais que la fréquentation de cette zone peut nuire à la santé de mon enfant et j'en assume la responsabilité.*

**Ne l'autorise pas à se rendre sur la zone où le tabac est toléré**

*Le lycée de Fontaines, pour des raisons de sécurité a mis en place depuis quelques années un espace aux abords de l'établissement où il est toléré aux élèves de fumer.*

*Suite au conseil des délégués du 3 novembre 2016, il a été décidé que ne seront autorisés à se rendre sur la zone fumeurs que les élèves dont les parents auront validé la présente autorisation. Sans réponse de votre part, votre enfant ne sera pas autorisé à se rendre sur cet espace.*

*Nous rappelons également que l'accès à la zone est interdit pendant les intercourrs.*

*Enfin, des actions de prévention ainsi qu'un dispositif d'accompagnement à l'arrêt du tabac seront proposés aux élèves.*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

**Merci de cocher la mention utile**

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

## FICHE SANTÉ 2024/2025

Nom et adresse de l'établissement fréquenté l'année dernière :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antécédents médicaux ou chirurgicaux :

\_\_\_\_\_

Allergie(s) :

\_\_\_\_\_

**Les traitements doivent être impérativement remis à l'infirmière avec un duplicata de l'ordonnance**

Traitement(s) :

\_\_\_\_\_

Ordonnance jointe

**PAI** : demander un dossier de PAI à l'infirmière du lycée pour tout traitement (ce dossier sera à faire compléter par le médecin)

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

Dyslexie

Dysorthographe

Dyscalculie

Dyspraxie

Autre (préciser) :

\_\_\_\_\_

↳ D'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)  
(joindre une copie)

Oui  Non

↳ D'un Projet d'Accueil Personnalisé (PAP)  
(joindre une copie)

Oui  Non

↳ (en cas de dyslexie, dyspraxie...)

↳ D'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)  
(joindre une copie)

Oui  Non

↳ D'un Aménagement des Epreuves d'Examen  
(joindre l'attestation)

Oui  Non

↳ D'un Suivi pour dyslexie

Oui  Non

↳ D'un Suivi particulier

Oui  Non

préciser :

\_\_\_\_\_

**JOINDRE :**

- copie du carnet de vaccinations mentionnant les nom, prénom de l'apprenant

**copie des cartes vitale et de mutuelle (sur la même feuille) mentionnant les nom, prénom de l'apprenant**

## **FICHE URGENCE 2024/2025** **à remplir lisiblement et très précisément**

**Document non confidentiel** valable dans l'enceinte du lycée, lors des différents déplacements en France et/ou à l'étranger et par **les services d'urgence**.

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Sexe:**  M  F

**Numéro de portable de l'apprenant :** \_\_\_\_\_

**Adresse de l'apprenant :** \_\_\_\_\_

**Classe de :** \_\_\_\_\_ **Régime :**  INT  DP  EXT  INT-EXT

**Date de Naissance :** \_\_\_\_\_ **Lieu :** \_\_\_\_\_

**N° de Sécurité Sociale de l'élève /étudiant/apprenti :** \_\_\_\_\_

**Médecin traitant :**

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

**Personnes à prévenir :** veuillez cocher la case ( pour le représentant légal).

Resp.1: <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	Resp.2: <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur	<input type="checkbox"/> Autre
Nom : _____	Nom : _____	Nom : _____
Prénom : _____	Prénom : _____	Lien : _____
Adresse : _____	Adresse : _____	Adresse : _____
Tel domicile : _____	Tel domicile : _____	Tel domicile : _____
Tel travail : _____	Tel travail : _____	Tel travail : _____
Portable : _____	Portable : _____	Portable : _____
Adresse mail : _____	Adresse mail : _____	Adresse mail : _____

**Antécédents médicaux ou chirurgicaux :**

\_\_\_\_\_

**Allergie(s) :**

\_\_\_\_\_

**Traitement(s) :**

\_\_\_\_\_

**1) Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :** \_\_\_\_\_

**2) ROR (rougeole, oreillons, rubéole, 2 injections sont nécessaires pour une bonne immunisation)**

**Dates des vaccins :** 1<sup>er</sup> \_\_\_\_\_ 2<sup>ème</sup> \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève ou l'étudiant accidenté ou malade, vers l'hôpital le mieux adapté. Le transport est assuré par les services de secours d'urgence.

Dans tous les cas, l'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un représentant légal.

Le responsable légal s'engage à prévenir des modifications concernant les données transmises.



# ASSOCIATION DES LYCÉENS, ÉTUDIANTS, STAGIAIRES ET APPRENTIS (ALESA)

Il s'agit d'une association unique et fédératrice des lycéens, étudiants, stagiaires et apprentis, qui permet de faire fonctionner les activités socioculturelles, de divertissements et de loisirs sportifs, souhaités et organisés par les apprenants dans l'établissement.

L'adhésion à l'ALESA est obligatoire pour pratiquer les activités de loisirs. Elle prend en charge une partie du coût des sorties pour les adhérents.

L'ALESA finance (pour les adhérents) une partie des maillots et shorts de sport réalisés pour les classes de 1ères. (scolaires et apprentis)

Elle encourage toutes les activités proposées dans et hors établissement :

- Organisation de concerts, spectacles, sorties culturelles ou manifestations sportives diverses
- Gestion des clubs culturels et sportifs (de loisirs hors UNSS) ex : Hand ; basket, zumba... groupe musique...
- Aide à la mise en place de projets divers, de voyages périscolaires
- Cercle (foyers des apprenants)

La vocation de cette association est aussi de former les adhérents à la vie associative et à l'organisation d'activités et projets divers, notamment la coopération internationale et les Projets d'Initiative et Communication des BTSA.

Le bureau de l'association est composé d'élèves, apprentis et étudiants pour la Présidence, sa trésorerie et son secrétariat.

Les fonctions dans le bureau de l'association ou tout investissement peuvent être validés dans un livret de compétences que l'ALESA peut fournir et être valorisés dans la future vie professionnelle.

Ce sont les enseignantes d'éducation socioculturelle qui suivent la gestion de l'association.

*Pour la pratique de l'UNSS, il faut adhérer à l'Association Sportive dont la cotisation est de 25,00 € – Toutes les informations seront données par les enseignantes d'EPS à la rentrée.*

✂

Adhésion à l'Association des Lycéens, Étudiants, Stagiaires et Apprentis (2024-2025)

COUPON ET RÈGLEMENT PAR CHÈQUE A RENDRE AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION/RÉINSCRIPTION

**sous enveloppe cachetée avec la mention ALESA**

Nom élève, étudiant ou apprenti : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Nom du responsable légal \_\_\_\_\_

**Adhère<sup>(1)</sup>** : (chèque à l'ordre de l'ALESA)

**Autorise<sup>(1)</sup>** mon fils/ma fille à participer à un club, une sortie ou une soirée culturelle et de détente interne ou externe à l'établissement.

Coût de l'adhésion pour les élèves ou étudiants : 20,00 €

Coût de l'adhésion pour les apprentis : 10,00 € (présence dans l'établissement pour moitié du temps)

**N'adhère pas<sup>(1)</sup>**

*Votre fils/fille ne peut pas participer aux sorties proposées par l'ALESA car il/elle ne sera pas assuré.*

Le : \_\_\_\_\_ Signature

<sup>(1)</sup> cocher la case



[isabelle.cabral@educagri.fr](mailto:isabelle.cabral@educagri.fr)

# COUPON-RÉPONSE BOURSES

**Dans tous les cas, à compléter et à remettre OBLIGATOIREMENT AVEC le dossier d'inscription ou de réinscription**

**⚠ nouvelle réglementation :**  
**les familles devront, à chaque rentrée scolaire, faire une nouvelle demande de bourses**

NOM, prénom de l'élève

Classe (en 2024-25) :

**NOM PRÉNOM ADRESSE COMPLÈTE TÉLÉPHONE DU PARENT QUI DEMANDE LES BOURSES** et qui règlera les factures

Nom : Prénom :

Adresse :

Tel domicile : Portable :

**OUI je fais une demande de bourses : je transmets à la rentrée et au plus tard le 20 septembre 2024 l'avis d'imposition ou non imposition 2024 (sur revenus 2023) + 1 RIB au nom du parent demandeur + attestation CAF**

**NON je ne fais pas de demande de bourses**

**Bourse au mérite sous réserve des résultats à l'examen en 2024**

- Votre enfant n'a pas obtenu ou a obtenu sans mention ou une mention Assez Bien à son Diplôme National du Brevet (DNB): Il ne peut pas prétendre à la bourse au mérite.**
- Votre enfant est en attente des résultats du Diplôme National du Brevet (DNB) (dans la situation où votre enfant aurait une mention Bien ou Très Bien, transmettez le relevé de notes à l'établissement dans les meilleurs délais et au plus tard 1 mois après la notification)**
- Votre enfant a obtenu son Diplôme National du Brevet (DNB) avec mention Bien ou Très Bien (joindre le relevé de notes)**

Fait à :

Le :

Signature :