LYCÉE PROFESSIONNEL AGRICOLE
1595 Avenue François Mitterrand
BP 314
64304 ORTHEZ CEDEX
Tél. : 05.59.69.08.93
E-Mail : lpa.orthez@educagri.fr

Année scolaire 2022/2023

DOSSIER D'INSCRIPTION

Madame, Monsieur,

Vous allez inscrire votre enfant au LPA d'Orthez. Je vous remercie de votre engagement envers l'établissement.

Vous trouverez ci-joint un dossier d'admission. Je vous demande d'être attentif au contenu de ces documents. La liste des pièces à fournir figure au verso de cette page.

La capacité d'accueil à l'internat du LPA est limitée à 90 places ; les places sont attribuées en priorité en fonction de la distance domicile/LPA et de critères sociaux.

Restant à votre disposition, je vous prie d'agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de ma considération la meilleure.

Le Proviseur
Sylvain Bastida

RETOUR DU DOSSIER COMPLET avant le **12 JUILLET 2022 :**
- soit **par courrier**
- soit **au lycée**
- **soit de manière informatique par retour de mail**

PRISE DE RENDEZ-VOUS OBLIGATOIRE POUR ESSAYAGE DES E.P.I.
APPELEZ AU 05.59.69.08.93

LISTE DES PIECES A FOURNIR : T.S.V.P.

Documents à remettre au LPA

	Nouvel élève
Dossier d'inscription	☑
Doc 1 : fiche d'autorisation de sortie	☑
Doc 2 : fiche infirmerie	☑
Doc 2 bis : fiche d'urgence	☑
Doc 3 : bulletin d'adhésion à l'ALESA + chèque de 20 € pour les activités sportives et culturelles, périscolaires, … *(facultatif)*	☑
Doc 4 : droit à l'image	☑
Doc 5 : Bulletin d'adhésion à l'UNSS *(facultatif)*	☑
Doc 6 : Bulletin d'adhésion à l'option Rugby *(facultatif)*	☑
Docs : dossier Intendance (4 pages) avec autorisation de prélèvement automatique des frais de pension	☑

6 timbres autocollants	☑
Copie de la carte d'identité en cours de validité (recto/verso)	☑
Attestation d'assurance scolaire délivrée par votre assureur	☑
Copies des pages de **vaccinations** à jour du carnet de santé	☑
EXEAT (document à demander à l'établissement quitté)	☑
Copie de l'attestation de la Journée Défense et Citoyenneté ou à défaut l'attestation de recensement (sauf pour les élèves de moins de 16 ans)	☑

Date de la rentrée scolaire : 1 septembre 2022
Les dates et horaires précis de la rentrée vous seront communiqués par courrier début juillet.

Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation
LYCEE PROFESSIONNEL AGRICOLE
1595 Avenue François Mitterrand
B.P. 314
64304 ORTHEZ CEDEX
☎ 05.59.69.08.93

Photo identité
récente de l'élève

(à coller)

DOSSIER D'INSCRIPTION

Classe : Seconde Pro

Spécialité : ☐ Nature Jardin Paysage et Forêt
☐ Productions

Année scolaire 2022/2023

NOM *(en majuscules) du candidat* : ……

Prénoms : …… Nationalité : ……

Date de naissance : …….. Lieu de naissance : …… Département : ……..

N° Portable : ……..

Régime :

❒INTERNE ❒DEMI-PENSIONNAIRE - 5 jours
❒EXTERNE ❒DEMI-PENSIONNAIRE - 4 jours

(Attention les places en internat sont prioritairement accordées,le cas échéant, en tenant compte de la distance domicile-LPA)

ADRESSE DE L'ELEVE : *(si différente des parents)* ……
……
Code postal : …… Commune : ……

LANGUE VIVANTE : ❒ ANGLAIS ❒ESPAGNOL
L'élève peut changer de L.V.1 - Ce choix sera définitif.

OPTION RUGBY ❒OUI ❒NON

ACTIVITE HIPPIQUE ❒OUI ❒NON

ETABLISSEMENT D'ORIGINE : *(si différent du L.P.A. d'Orthez)*

Dernier établissement scolaire fréquenté *(adresse complète)* :
……

Code postal : …….. Commune : ……..
N°Téléphone : ……

En classe de : ……
Diplôme obtenu : …….. En *(année)* : ……

- Code INE du candidat *(Identification Nationale des Elèves, appelé aussi numéro BEA dans certaines académies, attribué dès la 6ème).* Vous trouverez ce numéro sur les bulletins scolaires.

……..
INDISPENSABLE POUR L'INSCRIPTION AUX EXAMENS ET L'ORIENTATION

N° de sécurité sociale de l'élève							

RENSEIGNEMENTS concernant LA FAMILLE

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Situation familiale : ❒ mariés ❒ séparés ❒ divorcés * ❒ veuf(ve) ❒ concubinage ** Pour les parents divorcés, joindre la copie du jugement de divorce.*	
NOM : …… Prénom : …… ADRESSE du DOMICILE - Rue ou lieu-dit : …… …… Code postal : …… Commune : …… N° téléphone personnel : …… Liste rouge : ❒ oui ❒ non N° de fax : …… N° téléphone portable : ……	NOM : …… Prénom : …… ADRESSE du DOMICILE *(si différente du responsable 1)* : …… …… Code postal : …… Commune : …… N° téléphone personnel : …… Liste rouge : ❒ oui ❒ non N° de fax : …… N° téléphone portable : ……
E-mail : …… L'établissement s'engage à ne pas diffuser cette adresse. <u>Le courriel et le S.M.S. seront des moyens de communiquer avec les familles</u> *(absences, sorties, grèves, etc.)*	E-mail : …… L'établissement s'engage à ne pas diffuser cette adresse. <u>Le courriel et le S.M.S. seront des moyens de communiquer avec les familles</u> *(absences, sorties, grèves, etc.)*
Emploi : …… NOM – Adresse du lieu de travail : …… …… N° téléphone : …… N° Fax : ……	Emploi : …… NOM – Adresse du lieu de travail : …… …… N° téléphone : …… N° Fax : ……
N° d'immatriculation à la Sécurité sociale ou M.S.A. : ……	N° d'immatriculation à la Sécurité sociale ou M.S.A. : ……
En cas d'absence et d'urgence, indiquer le*(s)* nom*(s)* des personnes pouvant être contactées : NOM : …… Lien éventuel de parenté : …… N° téléphone : …… Poste : …… N° Portable : ……	

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

EQUIPEMENTS PROFESSIONNELS

Suite à une subvention du Conseil régional Nouvelle-Aquitaine, l'établissement fournira les équipements professionnels basiques (tenue de travail et chaussures de sécurité). Veuillez indiquer :

La taille de vêtement de l'apprenant : ……
La pointure de chaussure de l'apprenant : ……

ALLOCATION DE RENTREE SCOLAIRE

- Percevez-vous l'allocation de rentrée scolaire ?
  ☐ oui ☐ non *Si oui, joindre un justificatif*
- Par qui ? ☐ C.A.F. ☐ M.S.A. ☐ Autre caisse

(Les élèves bénéficiaires de l'A.R.S. percevront une ***allocation de restauration scolaire*** qui sera déduite de la facture de demi-pension ou de pension).

COMPOSITION DE LA FAMILLE

	Nom – Prénom	Date de naissance	Etatblissement fréquenté	Régime
Frère ou soeur				
Frère ou soeur				
Frère ou soeur				
Frère ou soeur				

Je soussigné*(e)* père - mère - tuteur *(tutrice)* :

➢ Certifie sur l'honneur l'exactitude des 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 ;

➢ Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur du lycée, de l'exploitation et de la charte informatique et m'engage à m'y conformer ;

➢ Autorise le L.P.A. d'Orthez à utiliser les données de ce dossier pour renseigner les logiciels administratifs et professionnels obligatoires *(gestion des élèves, pensions, bourses, notes, examens, etc.)*

Date et Signature des parents, Date et Signature de l'élève,

LISTE DES CATEGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES

Veuillez cocher votre catégorie socioprofessionnelle *(renseignement pour les statistiques du Ministère)*.

Cocher	Code	Libellé
	11	Agriculteurs sur petite exploitation
	12	Agriculteurs sur moyenne exploitation
	13	Agriculteurs sur grande exploitation
	21	Artisans
	22	Commerçants et assimilés
	23	Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
	31	Professions libérales
	33	Cadres de la fonction publique
	34	Professeurs, professions scientifiques
	35	Professions de l'information, des arts et des spectacles
	37	Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
	38	Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
	42	Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés
	43	Professions intermédiaires de la santé et du travail social
	44	Clergé, religieux
	45	Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	46	Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises
	47	Techniciens
	48	Contremaîtres, agents de maîtrise
	52	Employés civils et agents de service de la fonction publique
	53	Policiers et militaires
	54	Employés administratifs d'entreprise
	55	Employés de commerce
	56	Personnels des services directs aux particuliers
	62	Ouvriers qualifiés de type industriel
	63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
	64	Chauffeurs
	65	Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
	67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
	68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
	69	Ouvriers agricoles
	71	Anciens agriculteurs exploitants
	72	Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
	74	Anciens cadres
	75	Anciennes professions intermédiaires
	77	Anciens employés
	78	Anciens ouvriers
	81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
	83	Militaires du contingent
	84	Elèves, étudiants
	85	Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
	86	Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

ANNEE SCOLAIRE : 2022/2023

FICHE ELEVE DE RENSEIGNEMENTS « INTENDANCE et COMPTABLE »

(à joindre obligatoirement au dossier d'inscription)

NOM *: ……. Prénom *: …… Classe *: ……

Né(e) le *:……. à *: …….……..

Adresse* : ……

Code postal* : ……... Ville* : ……

Téléphone élève* : ……. Téléphone parents* :……...

Adresse mail : ……..…. Adresse mail : ……

Régime *: cocher la case correspondante ☐ Interne ☐ Demi-pensionnaire ☐ Interne externé ☐ Externe

Redoublant *: OUI ☐ NON ☐ Avez-vous déposé une demande de Bourses* : OUI ☐ NON ☐

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS*

Situation familiale* : ☐mariés ☐séparés ☐divorcés ☐veuf (veuve) ☐Vie Maritale ☐célibataire ☐PACS

	Père	Mère	Tuteur - Tutrice
NOM – Prénom*			
Profession*			
N° de sécurité sociale*			
Date et lieu de naissance*			
Nom de l'employeur*			
Adresse de l'employeur*			
Téléphone de l'employeur*			

JOINDRE IMPERATIVEMENT UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE OU POSTAL à agrafer à ce document

ATTESTATION d'ENGAGEMENT

Je soussigné(e)*, ……..,…….

responsable financier de l'élève* : ……. Classe* : …….

- déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur, de l'internat et de la restauration scolaire de l'établissement.
- autorise l'utilisation des bourses nationales éventuelles en compensation des frais d'internat, divers, de restauration scolaire.
- m'engage à payer la pension (internat - demi pension), frais divers, pendant toute la durée de la scolarité, conformément au tarif en vigueur. A défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que ce recouvrement en soit poursuivi, conformément à la règlementation en vigueur.

Fait à* : ……., le ……..

Signature du ou des responsables*

*** zone à compléter**

Au regard de la loi 78-17 du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données personnelles collectées vous concernant

Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation
LYCEE PROFESSIONNEL AGRICOLE
1595 Avenue François Mitterrand
B.P. 314
64304 ORTHEZ CEDEX
☎ *05.59.69.08.93*

Année scolaire 2022/2023

FICHE D'AUTORISATION DE SORTIE

*****

Nom de l'élève : .....

Prénom : .....

Classe: .....

Je soussigné, le responsable légal de l'élève (ou l'élève majeur) :

Nom : ..... Prénom : .....

Autorise mon fils, ma fille :

●Pour les élèves demi-pensionnaires (1) :

à sortir en cas d'étude ou d'absence de professeur mettant fin aux cours de la journée.
L'élève est dans ce cas sous l'entière responsabilité de la famille (même s'il doit attendre les transports scolaires dans l'enceinte du lycée)

❒OUI ❒ NON

●Pour les élèves internes (1) :

à sortir le mercredi après-midi après le repas et jusqu'à 18h

❒ OUI ❒NON

ou

à sortir le mercredi après le dernier cours et jusqu'au jeudi, première heure de cours. **Dans ce cas, l'élève est sous l'entière responsabilité de la famille qui ne sera pas avertie en cas d'absence à l'internat ce soir-là.**

❒ OUI ❒NON

ou

à sortir en cas d'étude ou d'absence de professeur mettant fin aux cours du dernier jour de la semaine.

❒ OUI ❒NON

(1) Cocher les cases

Le .....

Les parents,

Document N° 1

Lycée Agricole Orthez
Tél infirmerie : 05 59 69 98 96

PHOTO

OBLIGATOIRE

FICHE INFIRMERIE

(Document confidentiel à rendre sous enveloppe identifiée infirmerie) **Année scolaire 2022/2023**

NOM DE L' ELEVE .....
PRENOM.....
CLASSE……REGIME : EXT ☐ 1/2P ☐ INT ☐
DATE DE NAISSANCE DE L' ELEVE ……
LIEU DE NAISSANCE DE L' ELEVE ……..

NOM ET PRENOM DU RESPONSABLE LEGAL ……
ADRESSE DU RESPONSABLE LEGAL …….....
…….
SECURITE SOCIALE :
Numéro …… …… …Caisse……..
N° Sécurité Sociale de l'élève (si carte vitale personnelle)……
MUTUELLE : Numéro……Agence…….Ville…….…….
PROFESSION DU PERE ..... PROFESSION DE LA MERE …….
SITUATION FAMILIALE : Mariés ☐ Concubins ☐ Divorcés ☐ Autre ……

Un élève accidenté ou gravement malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus proche. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.
(Les frais médicaux et pharmaceutiques à l'exception de ceux inhérents à un accident du travail ayant fait l'objet d'une déclaration dans les délais légaux, sont à la charge des familles).
Si l'état de santé d'un élève nécessite son retour au domicile, c'est l'infirmière ou les personnels de la vie scolaire qui en informent la famille ou les responsables légaux, et leur demandent de venir le chercher. Ce n'est en aucun cas l'élève.

Le responsable de l'élève s'engage à signaler à l'infirmière tout problème de santé nouveau (médical ou chirurgical) ainsi que toutes prises de médicaments.
Il peut transmettre sous enveloppe fermée toutes informations confidentielles à l'intention du médecin scolaire ou de l'infirmière.

Merci d'indiquer les numéros où l'on peut vous joindre facilement :
☞ Domicile Téléphone fixe……..……..
☞ Téléphone portable Père……Mère……..…….
☞ Téléphone du lieu de travail du père ……...
☞ Téléphone du lieu de travail de la mère ……..
☞ Autre(nom et téléphone de la personne)……..
☞ Coordonnées de votre médecin .....……

Fait à .....le…….……

Signature

Etablissement scolaire précédemment fréquenté :
(Nom de l'établissement et ville) .....……..

Afin de faciliter le travail de l'Infirmière, veuillez avoir l'amabilité de lui signaler :

LES MALADIES ANTERIEURES CONTRACTEES (merci de noter les dates)

Coqueluche ---------- Rubéole----------
Oreillons----------Scarlatine----------
Rougeole----------Varicelle----------

LES MALADIES QUI VOUS CONCERNENT AUJOURD'HUI

- Asthme ----------
- Diabète ----------
- Epilepsie ----------
- Tétanie / Spasmophilie ----------
- Pathologies du cœur ----------
- Pathologies du dos ----------
- Problèmes ORL (infectieux, auditif, ...)----------
- Problèmes de peau (eczéma, acné, ...)----------
- Allergies----------
- Autres ----------

Si ces dernières nécessitent la prise d'un traitement régulier ou ponctuel, veuillez le noter sur la ligne correspondante et fournir le traitement et sa prescription.
* Existence d'un **PAI :** **oui** ☐ **non** ☐ : En fournir une copie si possible

LES MEDICAMENTS

Tous les médicaments doivent être **déposés à l'infirmerie accompagnés de l'ordonnance du médecin ou d'un courrier du Responsable Légal pour les médicaments de confort.**
Aucun médicament n'est laissé à la libre disposition des élèves.

LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES / ACCIDENTS
(Appendicectomie, interventions osseuses .....)

LES TROUBLES DES APPRENTISSAGES CONNUS

- Dyslexie----------
- Dysorthographie----------
- Dysgraphie----------
- Autre ----------

* Existence d'un **PAP :** **oui** ☐ **non** ☐ : En fournir une copie si possible.
* Existence d'un **PADYS** : **oui** ☐ **non** ☐ : En fournir une copie si possible.
* Existence d'un **PPS** (MDPH) : **oui** ☐ **non** ☐

VACCINATIONS : Fournir une photocopie des vaccins à jour (important pour les stages).

Merci.
V. Magnanou
IDE Scolaire.

Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation
LYCEE PROFESSIONNEL AGRICOLE
1595 Avenue François Mitterrand
B.P. 314
64304 ORTHEZ CEDEX
☎ *05.59.69.08.93*

Année scolaire 2022/2023

FICHE D' URGENCE

Nom de l'élève…….
Prénom de l'élève……
Date de naissance……

Nom et adresse des parents ou du représentant légal
……
……
Numéro et adresse de la caisse d'assurance maladie
……
Numéro et adresse de la mutuelle
……
En cas d'urgence, un élève accidenté ou gravement malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le plus proche. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.
Aucun élève interne transporté aux urgences d'un hôpital ne pourra réintégrer l'internat le jour même.

(Les frais médicaux et pharmaceutiques à l'exception de ceux inhérents à un accident du travail ayant fait l'objet d'une déclaration dans les délais légaux, sont à la charge des familles)

Les numéros de téléphone permettant de vous prévenir rapidement
Domicile Téléphone fixe……....…….…….....……..
Téléphone portable Père……..Mère……
Nom de votre médecin traitant……..
Son numéro de téléphone .....……..

Date du dernier rappel de vaccination antitétanique…….

Observations particulières qui pourront être portées à la connaissance du médecin en cas d'urgence

Votre enfant fait-il des allergies ? oui ❐ non ❐
Si oui lesquelles ?.....

Votre enfant prend-il un traitement de manière continue ou épisodique oui ❐ non ❐
Si oui lequel ?……..
Tout élève qui prend de manière régulière ou ponctuelle des médicaments doit OBLIGATOIREMENT les déposer à l'infirmerie avec une ordonnance.

Fait à……., le……

Signature des parents

<u>Document N° 2 bis</u>

A L E S A

Association Loi 1901

C'est l'association des Lycéens, Etudiants, Stagiaires et Apprenti du Lycée Agricole.
75 % des lycéens y adhèrent chaque année.

Son principe

Gérée par des élèves majeurs : président, secrétaire, trésorier.
Un conseil d'Administration composé d'élèves est constitué à chaque rentrée scolaire.
Les élèves travaillent sur des projets pour l'année, aidés des professeurs d'éducation socioculturelle et de la vie scolaire

Ses objectifs

- Accès aux loisirs pour tous
- Favoriser l'animation au lycée
- Développer la curiosité et l'esprit critique
- S'initier à la vie associative

Activités

Le mardi soir :
Club équitation :
Au Pôle Equestre d'Orthez
(Participation financière supplémentaire des familles)

Le mercredi :
Des sorties sportives et ludiques :
Karting, ski, snow, paintball, matchs de basket et de rugby, bowling, patinoire, laser quest, accrobranche, cinéma…..

En soirée :
Des activités ou sorties culturelles :
Spectacle vivant
Cinéma
Musique - Concert

COTISATION : 20 € / année scolaire

COUPON A RETOURNER AVEC LE REGLEMENT
CHEQUE A L'ORDRE DE : « ALESA »

Si vous décidez de faire adhérer votre enfant, merci de bien vouloir remplir le coupon suivant :

Je soussigné(e)……Responsable légal de l'élève……
Classe……, adhère à l'association du lycée pour l'année scolaire 2022/2023.

Signature

Document N° 3

Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation
LYCEE PROFESSIONNEL AGRICOLE
1595 Avenue François Mitterrand
B.P. 314
64304 ORTHEZ CEDEX
☎ *05.59.69.08.93*

Demande d'autorisation d'utilisation de l'image d'une personne

Je soussigné(e) :
Demeurant :

Autorise le Lycée Agricole d'Orthez à utiliser et diffuser à titre gratuit et non exclusif des photographies représentant mon enfant ……., réalisées lors des travaux pratiques ainsi qu'à exploiter ces clichés, en partie ou en totalité, à des fins d'enseignement et de recherche, culturel ou scientifique ou d'exploitation commerciale.

Les photographies susmentionnées sont susceptibles d'être reproduites sur les supports suivants :

- Publication dans une revue, ouvrage ou journal
- Publication pour des publicités
- Présentation au public lors d'expositions
- Diffusion sur le site web : http://www.agrocampus64.fr
- Diffusion sur les sites de réseaux sociaux : Youtube, Facebook, Instagram…

Fait à ……., le …… en deux exemplaires.

Signature

Document 4

ENGAGEMENT DU SPORTIF

A remettre complet : fiche + certificat médical + chèque

Possibilité de s'inscrire en cours d'année

Année scolaire 2022/2023

Je m'engage à :

⇨ Jouer loyalement, sans violence, et rester maître de moi
⇨ Respecter l'arbitre, le juge en acceptant toutes ses décisions
⇨ Respecter les installations et les transports mis à ma disposition
⇨ Respecter mes adversaires en restant modeste, honnête, beau joueur
⇨ Respecter mes partenaires en tenant mes engagements de début d'année
⇨ Respecter ce contrat et à représenter le mieux possible, ma classe, mon équipe, mon établissement, ma ville lors de toutes les manifestations sportives.

NOM et Prénom de l'élève : …….

ETABLISSEMENT : ……. VILLE : ……..

SIGNATURE de l'élève :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (Nom et Prénom) ……..

Autorise mon enfant (Nom et Prénom) ……..

⇨ à participer aux activités de l'Association Sportive de son établissement
⇨ autorise le professeur responsable ou l'accompagnateur, à prendre, en cas d'accident, toute mesure dictée par l'urgence.
⇨ à adhérer à l'Association Sportive du LPA d'Orthez moyennant une cotisation de 15 € dont ci-joint le règlement par chèque à l'ordre de l'AS du LPA d'Orthez (cette cotisation permet de payer la licence et les frais de transport sur les lieux de compétition).

COMPAGNIE D'ASSURANCE : …….

Fait à …….. Le …….. SIGNATURE :

U.N.S.S. Certificat Médical

Je soussigné(e) : …….. Docteur en médecine demeurant à : ……..

Certifie avoir examiné ……. né(e) le ……..

Et n'avoir constaté, à ce jour, aucun signe clinique apparent
contre indiquant la pratique des sports suivants en compétition.

Surclassement autorisé ❑ Oui ❑ Non *si oui* : sport : ……..

DATE : ……

Cachet et Signature du médecin

Document N° 5

Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt

LYCEE PROFESSIONNEL AGRICOLE

1595 Avenue François Mitterrand

B.P. 314

64304 ORTHEZ CEDEX

☎ 05.59.69.08.93

Dossier de candidature d'élève

à la ***Section sportive RUGBY***

Année scolaire 2022/2023

Le LPA propose une **section sportive Rugby**.

Elle s'adresse à tous les élèves et a pour objectif de parfaire la formation du jeune et constituer une équipe en vue de défendre les couleurs du lycée au Challenge des Lycées

A renseigner soigneusement

Nom: …….. **Prénom**: ……..

Date de naissance: ……

Adresse: …….. …

……

Document N°6

Quelques informations importantes:

- *L'inscription à la Section Sportive est subordonnée à l'admission dans une classe de Bac Pro de l'établissement (ou de 3ème). La candidature à la Section Sportive ne présente aucun caractère susceptible de favoriser le recrutement dans la section demandée.*
- ***La Section Sportive est ouverte à tous les élèves reconnus médicalement aptes par certificat d'un médecin du sport.***
- ***L'admission dans la Section Sportive suppose un engagement sur l'année scolaire**. L'élève devra également participer à l'UNSS.*
- *La Section Sportive est considérée comme une discipline d'enseignement à part entière. En conséquence, **les élèves sont tenus d'assister à toutes les séances. Tous les entraînements sont obligatoires**. Toute absence pourra donner lieu à sanction.*
- *Une séance par semaine est prévue et se tiendra sur le plateau sportif du lycée, au gymnase Prat et au stade municipal d'Orthez. Les horaires seront communiqués ultérieurement.*
- *Elles seront animées par :*
    - *Deux entraîneurs diplômés*
    - *Un préparateur physique*
    - *Un professeur d'EPS de l'EPLEFPA des Pyrénées-Atlantiques*
- *La formation dispensée sera multipolaire: formation de joueur, formation d'animateur de rugby, …*
- *L'élève bénéficiera tout au long de l'année d'un suivi médical et sportif*
- *En cas de résultats scolaires insuffisants, la Proviseure se réserve le droit de suspendre l'engagement de l'élève à la section sportive.*
- *Seuls les élèves à jour de leur cotisation à l'UNSS/AS et ayant fourni un certificat médical pourront être inscrits et participer à la section sportive.*

Contrat d'objectifs

Au cas où je serais admis en Section Sportive:

- **Je m'engage à suivre la formation de la Section Sportive durant l'année scolaire entière**
- Je suis conscient du complément de travail que cela suppose et m'engage, avec l'aide de mes professeurs, à mettre tout en œuvre pour la réussite de mon projet scolaire, aussi bien que de mon projet sportif.
- Je m'engage à observer en toutes circonstances, sur les terrains de sport et en dehors, le meilleur esprit sportif: respect des camarades, partenaires, adversaires, professeurs, entraîneurs, arbitres…

Fait à :

Le :

Nom :

Signature,

Dossier Sportif

A faire remplir par le Conseiller Territorial rugby

ou par le Conseiller Sportif Départemental

ou par le Professeur d'EPS

Nom du joueur :_____ Prénom :_____

Date et lieu de naissance : _____

Taille : _____ Poids : _____

Club dans lequel vous jouez :_____ Poste _____

Nom de votre entraîneur et tuteur : _____

Son numéro de téléphone _____

Et son email _____

Domaine de la performance	Niveau de Pratique		Avis du Cadre Technique ou du Professeur EPS
Rugby : Facteurs Techniques Et Tactiques	Sélection Départementale		
	Sélection Régionale		
Facteurs Physiques	Capacité à soutenir des efforts prolongés*		
	Qualités de vitesse*		
	Qualités explosives*		
Domaine Mental	Combativité*		
	Etat d'esprit*		

* Indiquer sur une échelle de valeur de 1 à 10 la situation du candidat.

Signature

Document N°6

Tournez, SVP

ANNEXE : FICHE MEDICALE en vue d'une scolarité en Section Sportive Scolaire

Section Sportive Rugby LPA Orthez

A COMPLETER PAR UN MEDECIN DU SPORT

Nom/Prénom : ……. Date de naissance :……

Domicile :……..

……...

Discipline Pratiquée : RUGBY Nombre d'heures : 2h + UNSS

Autre(s) disciplines(s) pratiquée(s)……

Antécédents Médicaux	
Antécédents Chirurgicaux	
Traitement en cours	
Evaluation psychosociale	
Examen cardio-vasculaire de repos (assis, debout, couché)	
Examen Pulmonaire	
ECG de repos (obligatoire)	
Evaluation de la croissance et de la maturation	
Plis cutanés	
Examen de l'appareil locomoteur	
Examen podologique	
Examen dentaire	
Examen neurologique (latéralité, tonus,…)	
Dépistage des troubles visuels	
Dépistage des troubles auditifs	
Bilan des vaccinations	
Conseils Diététiques (si besoin)	
Bandelette urinaire (glucose, protéines,….)	

Certificat médical de non contre-indication

Je soussigné, Docteur …….…….

Certifie avoir examiné ce jour …….

et qu'il ne présente aucune contre-indication à la pratique sportive du rugby, dans le cadre de la Section Sportive Scolaire.

Fait à …….., le…….

Cachet et Signature du Médecin du Sport

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : **PRELEVEMENT**

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA
ICS

FR 71 ZZZ 558422

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) **l' AGENT COMPTABLE de l'EPLEFPA des Pyrénées-Atlantiques** 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 des Pyrénées-Atlantiques** .
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon 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.

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER*

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :
Ville :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : **Agent Comptable Agro Campus 64**
EPLEFPA des Pyrénées-Atlantiques

Adresse : **Route de PAU**

Code postal : **64121**
Ville **: MONTARDON**

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER*

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)* **IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)***

( )

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Signé à *:
Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature *:
(obligatoire)

DESIGNATION DU TIERS DEBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUE (SI DIFFERENT DU DEBITEUR LUI-MEME ET LE CAS ECHEANT) :

Nom du tiers débiteur :

JOINDRE UN RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE (au format IBAN BIC)

Rappel :

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par **l' AGENT COMPTABLE de l'EPLEFPA des Pyrénées-Atlantiques**. *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' AGENT COMPTABLE de l'EPLEFPA des Pyrénées-Atlantiques**.

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 prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

***zone à compléter**

Agence Comptable Agro Campus 64
EPLEFPA des Pyrénées-Atlantiques
Domiciliée au LEGTA de PAU-MONTARDON
Route de PAU
64121 MONTARDON

☎ 05 59 33 32 54 - Ligne directe Agence Comptable
☎ 05 59 33 24 10 - Standard
Fax : 05 59 33 11 80
MONTARDON.A-COMPTABLE-EPL@educagri.fr

Madame, Monsieur,

Les familles qui le désirent peuvent régler la demi-pension, l'internat de leur enfant par prélèvement automatique sur leur compte bancaire ou postal.
Pour satisfaire aux règlements de la profession bancaire, vous trouverez ci-joint, en pièce jointe, **un imprimé de MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA à remplir en joignant impérativement un Relevé d'Identité Bancaire au format RIB - IBAN BIC.**
Je vous invite à renseigner, signer et me retourner ces imprimés.
Afin d'éviter tout incident de paiement, veillez à ce que votre compte soit suffisamment approvisionné aux dates de prélèvement prévues par l'échéancier qui vous sera transmis ultérieurement.
En cas d'interruption de prélèvement en cours d'année, le solde de vos échéances restant dû est immédiatement exigible.

DEMANDE DE PAIEMENT DES FRAIS SCOLAIRES PAR PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE

ANNEE SCOLAIRE : 2022/2023

Je soussigné(e) (nom, prénom)*, …….....……....…….....

donne mon accord à l'Agent Comptable de l'EPLEFPA des Pyrénées-Atlantiques pour que la pension, demi-pension,

de l'élève ou étudiant (nom, prénom)* : ……....…….....

Etablissement* : ….....

Classe * :……....….....

soient prélevés par : Paiement échelonné d'octobre à juin

Fait à …….

Le ……..

Signature du titulaire du compte à débiter (obligatoire)

***Zone à compléter**

Agence Comptable Agro Campus 64
EPLEFPA des Pyrénées-Atlantiques
Domiciliée au LEGTA de PAU MONTARDON
Route de PAU
64121 MONTARDON

☎ 05 59 33 32 54 - Ligne directe Agence Comptable
☎ 05 59 33 24 10 - Standard
Fax : 05 59 33 11 80
MONTARDON.A-COMPTABLE-EPL@educagri.fr

MOYENS DE REGLEMENT

à votre disposition

Les familles peuvent régler la demi-pension, l'internat et les frais divers de leur enfant, à leur convenance, par différents moyens, mis à leur disposition.

Les règlements peuvent s'effectuer :

1. En numéraire, directement à l'Agence Comptable de l'EPLEFPA des Pyrénées-Atlantiques au LEGTA de PAU - MONTARDON, route de PAU , 64121 MONTARDON.

2. Par virement, voie postale ou bancaire :
libellé à l'ordre de «l'Agent Comptable de l'EPLEFPA des Pyrénées-Atlantiques »
Il est impératif de mentionner vos références et le N° de la facture lors de votre virement.

COMPTE TRESOR PUBLIC

RIB	:	TP PAU - 10071 64000 0000 1000 116 clé RIB 26
IBAN	:	FR76 1007 1640 0000 0010 0011 626
BIC	:	TRPUFRP1

3. Par remise de chèque bancaire ou CCP, libellé à l'ordre de :
«L'Agent Comptable de l'EPLEFPA des Pyrénées-Atlantiques »
Chèque adressé à L'Agent Comptable de l'EPLEFPA des Pyrénées-Atlantiques
LEGTA de PAU MONTARDON
Route de PAU
64121 MONTARDON

4. Par prélèvement automatique, **après avoir complété et renvoyé avec un RIB l'imprimé de la demande de prélèvement et le mandat de prélèvement SEPA avec le dossier d'inscription.**

- Les prélèvements s'effectueront le 15 du mois par paiement échelonné d'octobre à juin.