



Agence Comptable Aggro 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](mailto: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.



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 : 2025/2026

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 prélevées par : Paiement échelonné d'octobre à juin

Fait à .....

Le .....

Signature du titulaire du compte à débiter (obligatoire)

\*Zone à compléter

Verso à compléter

## MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat : PRELEVEMENT

IDENTIFIANT CREANCIER SEPA  
ICS

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) l'AGENT COMPTABLE de l'EPLFPA 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'EPLFPA 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.

FR 71 ZZZ 558422

### DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER\*

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

### DESIGNATION DU CREANCIER

Nom : Agent Comptable Agro Campus 64  
EPLFPA 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 RELEVÉ D'IDENTITÉ 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'EPLFPA 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'EPLFPA des Pyrénées-Atlantiques.

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à 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



MINISTÈRE  
DE L'AGRICULTURE  
ET DE LA SOUVERAINETÉ  
ALIMENTAIRE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



ANNEE SCOLAIRE 2025-2026

## FICHE DE SANTE CONFIDENTIELLE

Cette fiche est confidentielle, elle devra être envoyée :

- Soit par mail à l'infirmière à l'adresse suivante : [geraldine.filippi@educagri.fr](mailto:geraldine.filippi@educagri.fr)
- Soit sous enveloppe cachetée, à l'adresse postale suivante : Lycée Agricole, Infirmerie, Route de Pau 64121 MONTARDON

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

Sexe : M  F

Classe :

### ANTECEDENTS MEDICAUX ET CHIRURGICAUX

(exemple : asthme, allergie, diabète, migraines, règles douloureuses, difficultés psychologiques...)

### TRAITEMENT(S) EVENTUEL(S) :

Les traitements doivent être impérativement remis au service de l'infirmerie avec un duplicata ou une photocopie de l'ordonnance (datée de moins d'un an)

### ALLERGIES :

L'élève a -t-il des allergies ?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Médicamenteuses ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Alimentaires ?    | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Autres ?          | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Si oui, lesquelles ?



MINISTÈRE  
DE L'AGRICULTURE  
ET DE LA SOUVERAINETÉ  
ALIMENTAIRE

Liberté  
Égalité  
Fraternité



**PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISÉ (PAI) :**

L'élève a-t-il déjà eu un PAI mis en place ?      Oui  Non   
Si oui, merci de bien vouloir le joindre

Souhaitez-vous mettre en place un PAI ?      Oui  Non   
Si oui, merci de prendre contact avec l'infirmière par mail à [geraldine.filippi@educagri.fr](mailto:geraldine.filippi@educagri.fr)

**TROUBLES DE LA SANTE OU DE L'APPRENTISSAGE :**

Pour tout PPRE, PAP ou PPS, nous vous remercions de nous le faire parvenir, afin que les équipes d'enseignants puissent en prendre connaissance et adapter les apprentissages autant que de besoins.

Pour une première demande (PPRE ou PAP) merci de vous adresser aux CPE qui vous accompagneront dans les démarches administratives

Pour une première demande de PPS à travers un GEVA-SCO, la MDPH est compétente.

En cas d'hospitalisation prolongée, un dispositif APADHE (cours à l'hôpital ou à la maison) peut être envisagé.

Si vous refusez la transmission à l'équipe éducative, cochez cette case :

L'élève présente-t-il un des troubles suivants :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Dyslexie ?                              | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Dysorthographe ?                        | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Dyscalculie ?                           | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Dyspraxie ?                             | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Déficience visuelle ?                   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Déficience auditive ?                   | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Trouble du spectre de l'autisme (TSA) ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Autre ? précisez :                      |   |

Si vous avez coché « oui » merci de joindre les documents + bilans médicaux ou paramédicaux récents.

**Remarques particulières que vous souhaitez porter à la connaissance du personnel de santé :**

Fait à :

Le :

Signaturé d'un représentant légal ou de l'élève majeur :

## FICHE D'URGENCE

Document non confidentiel

Consultable par l'ensemble des personnels de l'établissement, service de secours, à remplir par un représentant légal.

Nom :  Prénom :

Classe :  Régime : INT  DP  EXT

Date de Naissance :  Lieu de naissance :

Numéro de portable de l'élève (facultatif) :

Personnes à prévenir :

Responsable 1	Responsable 2	Autres : Précisez : <input type="text"/>
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/>
Tél domicile : <input type="text"/>	Tél domicile : <input type="text"/>	Tél domicile : <input type="text"/>
Tél travail : <input type="text"/>	Tél travail : <input type="text"/>	Tél Travail : <input type="text"/>
Portable : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>
Email : <input type="text"/>	Email : <input type="text"/>	Email : <input type="text"/>

Adresse de l'élève si différente :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Observations particulières que vous jugerez utile de signaler (maladies, allergies, traitements, précautions à prendre) :

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel : Joindre une photocopie des vaccinations

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 de modifications concernant les données transmises.

A , le Signature d'un représentant légal :

# J'ADHÈRE

NOM : .....

Prénom : .....

Classe : .....

Règlement :  Chèque (À L'ORDRE D'ART'LEQUIN)  
 Espèces

Le montant de la cotisation annuelle est de 20€. Elle permet de devenir membre de l'association des élèves et de bénéficier des nombreux services et activités offerts :

L'accès au foyer, avec son bar, sa salle télé, sa table de ping pong,...

De nombreuses sorties ludiques (Bowling, matchs, Laser Quest,...) et culturelles (Théâtre, spectacles de danse, concerts,...)

Des clubs : Musique, Hip hop/Heels, Manga, Cuisine, DIY,...

La possibilité de s'investir dans la vie associative pour acquérir de l'autonomie et prendre des responsabilités.

 ESC Montardon

 escmontardon

 Education Socioculturelle Montardon





## Association sportive du LEGTA de Pau Montardon

L'A.S du LEGTA de Pau Montardon offre aux élèves et étudiants à jour de leur cotisation, une pratique d'activités physiques et sportives, en plus des heures obligatoires de cours en EPS. Ces activités ont lieu le mercredi après-midi dans le cadre de l'UNSS, mais aussi en semaine les lundis et jeudis après les cours à 18h05.

Les élèves inscrits aux options (rugby, équitation) doivent adhérer obligatoirement à l'association et seront licenciés UNSS pour pouvoir participer aux différentes compétitions UNSS et championnats agricoles en excellence.

L'adhésion des élèves et étudiants constitue la seule ressource du budget de fonctionnement de l'A.S. par conséquent, votre contribution est indispensable.

Le montant de cette adhésion est de 20 €.

(Chèque à établir à l'ordre de l'A.S. du LEGTA de Pau Montardon, avec au dos le nom de l'élève ou de l'étudiant, à joindre en même temps que le dossier d'inscription accompagné de ce bulletin d'inscription).

### Engagement personnel de l'élève ou de l'étudiant

Je soussigné(e), (nom-prénom de l'élève ou de l'étudiant) :

Classe :

Tel personnel:

Adhère volontairement à l'Association Sportive et m'engage à

- ✓ Jouer loyalement, respecter mes adversaires, être fairplay, (signer la charte pour le rugby)
- ✓ Respecter les arbitres, les juges et jeunes officiels en acceptant toutes leurs décisions,
- ✓ Respecter les installations et les moyens de transport mis à ma disposition,
- ✓ Respecter mes partenaires en tenant mes engagements,
- ✓ Représenter le mieux possible, mon équipe, mon établissement, lors de toutes les manifestations sportives.

Signature :

### Autorisation parentale

Je soussigné(e), Madame/Monsieur (nom-prénom) :

Autorise mon enfant :

Né(e) le :

Tel à contacter en cas d'accident : Travail :

Domicile :

à participer aux activités de l'Association Sportive de son établissement.

**Autorise le professeur responsable à prendre, en cas d'accident, toute mesure dictée par l'urgence.**

J'ai pris connaissance des garanties proposées par l'assureur de l'A.S. (MAIF) pour la couverture des dommages corporels pouvant survenir dans le cadre des activités pratiquées. (Art. L141-1 du code des assurances)

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ Signature :



Pour le Rugby uniquement remplir le certificat médical autorisant la pratique du sport en compétition.

CERTIFICAT MEDICAL DE NON-CONTRE-INDICATION  
A LA PRATIQUE SPORTIVE DU RUGBY EN COMPETITION UNSS

Je soussigné(e)

Docteur en médecine, demeurant :

Certifie avoir examiné : \_\_\_\_\_

né(e) le : \_\_\_\_\_

En classe de : \_\_\_\_\_

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

---

Fait à : \_\_\_\_\_ le : \_\_\_\_\_

Signature et cachet du médecin

---

À REMPLIR ET FAIRE SIGNER OBLIGATOIREMENT  
PAR CHAQUE JEUNE JOUEUR RUGBY

CHARTRE DE PARTICIPATION AUX RENCONTRES UNSS DE RUGBY

NOM : .....  
PRÉNOM : .....  
ÉTABLISSEMENT : .....  
VILLE : ..... ACADÉMIE : .....

Lors des rencontres UNSS rugby, je m'engage à :

1. Je ne dois rien faire qui soit imprudent ou dangereux pour autrui.  
« Jeux Déloyaux-Dangereux » règlement World Rugby (règle 9 alinéa 11)
2. Me conformer aux règles du jeu
3. Respecter les décisions de l'arbitre
4. Respecter mes adversaires et mes partenaires
5. Refuser toute forme de violence et de tricherie
6. Être maître de moi en toutes circonstances
7. Être loyal dans le sport et dans la vie
8. Être exemplaire, tolérant et généreux
9. Respecter l'ensemble des personnes participant à l'organisation de ce championnat
10. Respecter les installations mises à notre disposition pour nous permettre d'évoluer à notre meilleur niveau : vestiaires, terrains, lieux d'hébergement et de restauration
11. Prendre connaissance qu'en cas de manquement grave au regard de cette charte, des sanctions disciplinaires pourront être prises à l'encontre de ma personne, de mon équipe et de mon Association Sportive

Lu et approuvé, le .....

**SIGNATURES :**

Du sportif

de ses parents

du chef d'établissement

