LEGTA Pau/Montardon
Route du Lycée, 64121 MONTARDON
05 59 33 24 10 – legta.montardon@educagri.fr
www.agrocampus64.fr

Cadre réservé à l'administration :
- *Recu le ……*
- *Accusé réception le ……*
- *Traité Vie Sco le ……*
- *Saisie Fregata le……*
- *Rappel pièces manquantes le ……*

DOSSIER D'INSCRIPTION Année scolaire 2025 – 2026
BAC STAV 1ère année

CLASSE DE : 1ère ☐ **Aménagement**
☐ **Productions/Services** ☐**Productions** ☐**Services**
☐ **Productions/Transformations** ☐**Productions** ☐**Transformations**

ELEVE

NOM (en majuscules) du candidat :

Prénoms du candidat :
(Prénoms dans l'ordre de l'état civil, nécessaire pour l'inscription à l'examen)

N° INE ***(identifiant national élève) :***
(Numéro attribué dès la 6ème souvent présent sur le bulletin trimestriel)

Date de naissance : Lieu de naissance : Département :

Nationalité Française : ☐ **OUI** ☐ **NON** (Pays)…… Sexe : Emancipé (e) ☐ **OUI** ☐ **NON**

Régime choisi : Interne ☐ Demi-pensionnaire ☐ Externe ☐

N° portable élève : **Courriel de l'élève : (Indispensable)**

Adresse de l'élève si différente des parents : ……
……

Résidence principale de l'élève : ☐ Père Mère ☐ Père ☐ Mère ☐ Autre (tuteur ….)

Responsable légal 1 : Père - Mère - Tuteur - Autre ……	**Responsable légal 2 : Père - Mère - Tuteur - Autre** ……
Autorité Parentale : (1) (2) ☐ **OUI** ☐ **NON**	**Autorité Parentale :** (1) (2) ☐ **OUI** ☐ **NON**
Civilité (1) **:**	**Civilité** (1) **:**
Nom : Prénom : Nom de Jeune Fille :	Nom : Prénom : Nom de Jeune Fille :
Situation familiale : ❒ mariés ❒ séparés ❒ divorcés (extrait de jugement à fournir) ❒ veuf (veuve) ❒ Vie maritale ❒ célibataire ❒ PACS	**Situation familiale** : ❒ mariés ❒ séparés ❒ divorcés (extrait de jugement à fournir) ❒ veuf (veuve) ❒ Vie maritale ❒ célibataire ❒ PACS
Adresse :	Adresse (si différente du premier) :
Courriel **(Indispensable)** :	Courriel **(Indispensable)** :
N° de Téléphone personnel : ____-____-____-____-____	N° de Téléphone personnel : ____-____-____-____-____
N° de Téléphone portable :	N° de Téléphone portable :
N° de Téléphone en cas d'urgence : ____-____-____-____-____	N° de Téléphone en cas d'urgence : ____-____-____-____-____

Les renseignements ci-dessous sont obligatoires.

Responsable légal 1	Responsable légal 2
Profession :	Profession : .....
Nom et adresse du lieu de travail :	Nom et adresse du lieu de travail : .....
.....	.....
N° de téléphone : ____-____-____-____-____ Poste :	N° de téléphone : ____-____-____-____-____ Poste : .....
N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :	N° d'immatriculation à la Sécurité Sociale :
-------- / -------- / -------- / -------- / -------- / -------- / --------	-------- / -------- / -------- / -------- / -------- / -------- / --------

Si parents divorcés : Joindre le jugement de divorce.

Dernier établissement fréquenté par l'élève : **Classe :**

Redoublant : OUI ☐ NON ☐

Dispensé d'EPS : OUI ☐ NON ☐ **Si oui joindre la dispense**

Langue vivante A *(préciser) :* **Langue vivante B :**

Autre langue vivante par le CNED (Inscription prise en charge par l'établissement) Précisez.....

Autre langue vivante par le CNPR : Précisez.....

Section Européenne Espagnol : oui ☐ non ☐

Options en 1ère poursuivies en terminale :

1 Option au choix possible parmi :

☐ Rugby
☐ Hippologie équitation **(210 € à titre indicatif)** – Niveau de galop à préciser : .....
☐ Pratique culturelle (art du son)

et possibilité de :

☐ Mobilité Européenne (stage à l'étranger)
☐ Engagement citoyen

INTERNES UNIQUEMENT : AUTORISATIONS

➲ Autorisation de quitter le Lycée le mercredi après les cours : OUI ☐ NON ☐ Si OUI :

➲ Repas Mercredi soir : OUI ☐ NON ☐
➲ Internat Mercredi soir : OUI ☐ NON ☐

La possibilité d'accueil pour les élèves internes est prévue en période scolaire, le dimanche soir de **20 h à 21 h 30.** Seul l'hébergement est prévu et non le repas. C'est un service rendu par l'Etablissement pour les familles les plus éloignées. Le montant de la pension sera sur un forfait de 5 nuits. Afin de nous permettre d'organiser la surveillance et l'installation de nos élèves, merci de nous préciser si :

Présence le dimanche soir : ☐ OUI ☐ NON

Fait à ..... le ..... Signature du responsable légal

AUTORISATION D'UTILISATION D'IMAGE et de L'ADRESSE EMAIL

Nous soussignés Melle/ Mme et M. , représentants légaux

- autorisons le LEGTA de PAU MONTARDON à utiliser l'image de notre enfant ,dans le cadre de ses actions pédagogiques (photographies, site internet, affiches, plaquettes, ect...).

Valable pour une période indéterminée, cette autorisation pourra être révoquée à tout moment par courrier avec A/R adressé à la Proviseure du LEGTA de PAU MONTARDON, Route de Pau, 64121 Montardon.

- autorisons la diffusion de nos mails aux fédérations de parents d'élèves. OUI ☐ NON ☐
-

Cette autorisation peut être révoquée à tout moment par simple courrier adressé au lycée.

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

Signatures obligatoires des 2 parents (ou représentants légaux) :

Père : Mère :

VEHICULE DANS L'ENCEINTE DU LYCEE

J'ai un permis de conduire OUI ☐ NON ☐ EN COURS ☐
J'ai un véhicule OUI ☐ NON ☐ BIENTOT ☐

Marque & couleur du véhicule	Type	N° d'immatriculation

Signature du responsable légal, Signature de l'Elève,

ACCUSÉ DE RÉCEPTION du REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné (e), Madame, Monsieur (NOM –Prénom).....

Responsable légal de :

NOM : .....

Prénom : .....

Elève ou étudiant (e) en classe de : .....

Reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur, de ses annexes et de la charte informatique du Lycée d'Enseignement Général et Technologique Agricole de PAU MONTARDON.

Le règlement intérieur est consultable sur le site internet d'AGROCAMPUS64 dans la rubrique « infos pratiques ». https://agrocampus64.fr/legta-pau-montardon-infos-pratiques/. Il est également possible d'avoir accès à une version papier au sein de l'établissement, en vie scolaire.

L'élève ou l'étudiant (e) s'engage à respecter le règlement intérieur, la charte informatique ainsi que le règlement intérieur du service annexe d'hébergement et restauration sous peine de voir appliquer des sanctions prévues.

A ..... le.....

Signature du responsable légal Signature de l'élève

ENGAGEMENT

*A remplir **OBLIGATOIREMENT** par les parents, ou toute autre personne se portant garant du paiement de la pension et des frais de scolarité.*

Je soussigné (e), Nom..... Prénom..... .....Date de naissance.....

Profession ..... Degré de parenté avec l'élève .....

Nom et Adresse de l'employeur éventuel :

.....

M'ENGAGE A PAYER la pension ou la demi-pension de l'élève

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.

A ..... le .....

Signature :

Notice RGPD « Dossier inscription »

La personne morale L'EPLEFPA(*) AGROCAMPUS 64 est le responsable du traitement des données collectées au moyen du présent formulaire.

La base légale de ce traitement de données est la mission de service public d'enseignement.
Les données à caractère personnel collectées dans le dossier d'inscription sont indispensables à l'établissement pour gérer la scolarité de votre enfant et pour vous contacter à tout moment, en particulier en cas d'urgence.
Ces données font l'objet des traitements principaux nécessaires à :

- *La gestion de l'inscription dans l'établissement*
- *La gestion administrative et comptable*
- *La gestion des activités scolaires et extra scolaires (listes de classes, de groupes, sorties, voyages...)*
- *L'utilisation du réseau informatique par l'élève et d'outils de travail informatisés (ordinateurs pédagogiques, ENT Lycée connecté, certification PIX, ...)*
- *Le suivi de la scolarité, y compris lié à des scolarisations particulières (PAI, notifications MDPH, PAP, PPRE...)*
- *L'inscription aux examens*
- *La gestion de la restauration, de l'internat et des services annexes.*

Elles font l'objet d'un traitement informatique conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), UE 2016/679 du 27 avril 2016 sur la protection des données personnelles. Il est entré en vigueur le 25 mai 2018. La Loi Informatique et Libertés de 1978 a été modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018 afin d'adapter certaines de ses dispositions au RGPD.
Les données collectées sont destinées exclusivement aux interlocuteurs en charge de la gestion de suivi scolaire de votre enfant. Secrétariat Pédagogique, secrétariat Comptable, gestionnaires, Service Informatique, Equipes de Vie scolaire, Pédagogiques et de Direction du LEGTA de Pau-Montardon.
L'ensemble des informations recueillies sont conservées jusqu'à l'expiration d'un délai de deux ans après la fin de la dernière année scolaire dans l'établissement.
Vous pouvez exercer les droits d'accès, de rectification, de limitation et d'opposition définis par les articles 15, 16, 18 et 21 du RGPD, ainsi que ceux prévus à l'article 40-1 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

*Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données de ce formulaire d'inscription, vous pouvez contacter notre DPD par courriel à l'adresse électronique suivante : **dpd-ea.draaf-nouvelle-aquitaine@agriculture.gouv.fr***

(*) : Établissement Public Local d'Enseignement et Formation Professionnelle Agricole

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.

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

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 *: | **Signature *:**

Le (JJ/MM/AAAA) : | (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**

MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agro Campus 64

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
- 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 ?

- Médicamenteuses ? Oui ☐ Non ☐
- Alimentaires ? Oui ☐ Non ☐
- Autres ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, lesquelles ?

MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agro Campus 64

PROJET D'ACCUEIL INDIVIDUALISE (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

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 :

- Dyslexie ? Oui ☐ Non ☐
- Dysorthographie ? Oui ☐ Non ☐
- Dyscalculie ? Oui ☐ Non ☐
- Dyspraxie ? Oui ☐ Non ☐
- Déficience visuelle ? Oui ☐ Non ☐
- Déficience auditive ? Oui ☐ Non ☐
- Trouble du spectre de l'autisme (TSA) ? Oui ☐ Non ☐
- Autre ? précisez :

Si vous avez cochez « 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 :

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

Rentrée Scolaire 2025/2026

MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE
Liberté
Égalité
Fraternité

Agro Campus 64

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 :
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
Tél domicile :	Tél domicile :	Tél domicile :
Tél travail :	Tél travail :	Tél Travail :
Portable :	Portable :	Portable :
Email :	Email :	Email :

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 :

Ce document sera conservé durant l'année scolaire en cours

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

ART'LEQUIN
Agro Campus 64

Art'Lequin
Association des élèves
LEGTA de PAU MONTARDON
Chemin de Pau
64121 MONTARDON

Autorisation parentale

(Obligatoire pour les sorties Art'Lequin)

Année 2025/26

Afin que nos sorties se fassent dans les meilleures conditions possibles, nous vous remercions de bien vouloir remplir ce document et de nous le retourner en même temps que le règlement de la cotisation "Art'Lequin".

Je soussigné(e), Mme/Mr ..... ,

responsable légal de : Nom : .....

Prénom : .....

Scolarisé(e) en classe de : ..... ,

autorise mon enfant à participer aux sorties culturelles proposées par "Art'Lequin" sur les temps libres des mercredis après-midi et/ou, les temps de soirée des internes, encadrées par les professeurs d'Education Socioculturelle et les assistants d'éducation.

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

Signature

BULLETIN DE RESERVATION
Manuels scolaires 2025-2026

Votre Conseil Local FCPE64 au LEGTA de Montardon :
des parents bénévoles sans étiquette politique ni religieuse
qui œuvrent pour
la RÉUSSITE et le BIEN-ETRE de nos enfants au lycée

Nom :	Prénom :
Classe :	Si STAV, option :
Tél de l'élève:	Tel d'un parent :
E-Mail (Écrire en lettres CAPITALES svp) :	

Réservez vos livres dès l'inscription en juin
pour une livraison au lycée le jour de la rentrée
Les livres sont fournis gratuitement par le Conseil Régional
La distribution est assurée par les parents bénévoles de la FCPE

NOS MISSIONS :

- ✔Représenter les parents en participant aux conseils d'administration, conseils intérieurs et conseils de classe du lycée
- ✔Servir de médiateur entre les familles et le Lycée
- ✔Alerter l'établissement ou l'équipe pédagogique quand nous décelons des points d'amélioration
- ✔Informer nos adhérents de la vie du Lycée et des projets menés
- ✔Guider les parents en partageant les expériences
- ✔Faciliter la logistique et alléger les charges financières pour les familles en gérant le prêt des livres et en participant financièrement à certains projets

NOS 4 ENGAGEMENTS:

- ✔Vous Ecouter
- ✔vous Représenter
- ✔vous Accompagner
- ✔vous Informer

NOS RÉALISATIONS 2022/2023

- ✔fourniture de calculatrices graphiques à prix cassés et cahiers d'algo offerts
- ✔Gestion des livres pour plus de 180 élèves du lycée
- ✔Participation et représentation des parents d'élèves aux différents conseils et commissions du Lycée
- ✔Participation financière à des projets pédagogiques pour diminuer le coût pour les familles

Conseil Local FCPE du LEGTA PAU–MONTARDON:
06.52.555.446 lyc.montardon@fcpe64.org

testclod: Le Pic du Midi d'Ossau, Pyrénées-Atlantiques

ADHESION

ELEVE (Pensez à bien compléter Classe et Options. Merci)

Nom : Prénom :

Classe: STAV(entourer)production, service, transformation, aménagement

GENERAL, préciser si option maths:

Téléphone : E-Mail :

RESPONSABLE DE L'ÉLÈVE

Écrire en lettres CAPITALES svp

Nom : Prénom:

Téléphone: Mail:

Adresse:

Écrire en lettres CAPITALES svp

CP: Commune:

ADHESION

0€ ou 11€ ou 33€ ou Don libre ____ €

11€ : sans reçu fiscal 33€ : Avec reçu fiscal (déductible des impôts)

0€ : si déjà adhérent pour un autre enfant: Etablissement :

+

Abonnement Revue des Parents

offert ____ €

Facultatif - 6 Numéros

+

Calculatrice graphique (env 50% du prix public)

30€ ____ €

Facultatif - Réservé aux adhérents dans la limite d'une dotation pour la durée de scolarité de l'élève au lycée

+

Cahier Exercices Algorithmique/programmation

offert 0€

Réservé aux adhérents des classes de Seconde GT

=

TOTAL (Réglé: Chèque N°..... ou Espèces)

Conseil local FCPE du LEGTA de MONTARDON 19, chemin de PAU 64121 MONTARDON

06 52 555 446 lyc.montardon@fcpe64.org

EPLEFPA Pau Montardon
19 route de Pau
64121 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

CHARTE DE PARTICIPATION AUX RENCONTRES UNSS DE RUGBY

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

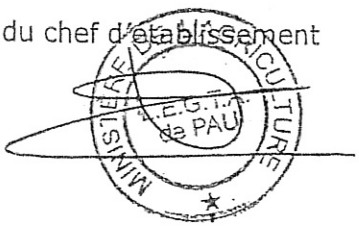
Lors des rencontres **UNSS rugby**, je m'engage à :

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



UNSS
Union Nationale du Sport Scolaire