



RENTÉE
2026

**DES REPAS
POUR TOUS
UN TARIF
POUR CHACUN**

La Région Nouvelle-Aquitaine vous aide à financer les repas en fonction de vos revenus.



RÉGION
Nouvelle-
Aquitaine × NÉO
TERRA

naqui.fr/tarification-solidaire

RENTRÉE
2026

DES REPAS POUR TOUS UN TARIF POUR CHACUN

POURQUOI ?

Pour faciliter l'accès à la restauration scolaire dans les lycées publics, grâce à un tarif adapté à chaque situation et pour proposer une alimentation saine et locale à tous les élèves.

POUR QUI ?

Pour tous les lycéens et étudiants post-bac qui sont inscrits à un forfait de demi-pension ou d'internat.

COMBIEN ?

La tarification régionale est basée sur vos revenus et votre quotient familial. Avec cette aide, votre tarif peut être compris entre 2.30 € et 5.50 € par repas.

QUAND ET OÙ ?

À compter de septembre 2026, pour tous les établissements publics de Nouvelle-Aquitaine.

COMMENT ?

En s'inscrivant sur le site régional de la tarification de la restauration scolaire :

naqui.fr/tarification-solidaire

avec votre avis d'imposition 2026 sur les revenus 2025.

UNE QUESTION ?

Contactez-nous :

- 05 49 38 49 38 (+ choix 1)
- nouvelle-aquitaine.fr/contact



RÉGION
Nouvelle-Aquitaine × NÉO
TERRA

naqui.fr/tarification-solidaire

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
Association des élèves
LEGTA de PAU MONTARDON
Chemin de Pau
64121 MONTARDON

Autorisation parentale

(Obligatoire pour les sorties Art'Lequin)

Année 2026/27

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



FICHE D'URGENCE 2026-2027

Lycée Agricole de Pau Montardon - Service Infirmier
Route de Pau - 64121 MONTARDON

Téléphone : 05.59.33.56.09 Standard : 05.59.33.24.10

Document non confidentiel valable dans l'enceinte du lycée ou lors des différents déplacements en France et/ou à l'étranger.

Nom : Prénom :

Classe : Régime : INT DP EXT Résidence étudiante

Date de Naissance : Lieu de naissance : Sexe : M F

Numéro de portable de l'élève :

Numéro de Sécurité Sociale de l'élève :

Caisse de sécurité Sociale:.....

Caisse de complémentaire santé:

Personnes à prévenir

Responsable1	Responsable2	Autre , Précisez.....
Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :	Adresse :
.....
.....
Tel domicile :	Tel domicile :	Tel domicile :
.....
Tel travail :	Tel travail :	Tel travail :
.....
Portable :	Portable :	Portable :
.....
Email :	Email :	Email :
.....

Adresse du jeune si différente :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

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

Vaccination antitétanique (ou DTPolio), date du dernier rappel :

Joindre une photocopie des vaccinations avec la fiche de santé

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 parent ou d'un représentant légal.

A le Signature du responsable légal,



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

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 Agri 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 au 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 : 2026/2027

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'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.

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
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 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'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



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

