

Dossier suivi par : SCR / EWR
Ligne directe : 03.89.78.73.04
Objet : rentrée scolaire 2024-2025
Rouffach, Mai 2024

**A l'attention des apprentis en
BTS 2^{ème} année TC UJAC
BTS 2^{ème} année TC BSA**

Madame, Monsieur,

Nous vous accueillons au CFA agricole du Haut-Rhin en 2^{ème} année de formation.

Nous vous informons que la **formation** débutera le :

Mardi 3 septembre 2024 à 9h

**Sur notre antenne du CFAa – Lycée du Pflixbourg - 2 lieu dit Saint-Gilles à
WINTZENHEIM, rendez-vous à l'accueil du lycée
Mme ZIELINSKI viendra vous chercher.**

Le calendrier de présence est à télécharger avec le dossier d'inscription.

Un exemplaire est à remettre à votre futur employeur.

Le dossier d'inscription COMPLET est à retourner avant la rentrée ainsi que le contrat d'apprentissage au :

Secrétariat du CFAa du Haut-Rhin 8 aux Remparts 68250 ROUFFACH. Si le dossier est manquant ou incomplet vous ne serez pas accepté en formation.

Dans l'attente de vous accueillir nous vous prions de recevoir, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations les meilleures.

La Directrice du CFAa

Mme CARLIER

DOSSIER DE RENTREE – 2^{ème} année BTSA

Site de Wintzenheim

Année scolaire 2024 / 2025

NOM : _____ Prénom : _____

Classe en 2024/2025 : _____

Langue Vivante : Allemand Anglais

Documents obligatoires (Cocher la case correspondant à chaque document fourni)

- Fiche « **Autorisation prise, reproduction d'images** »
- Fiche « **Règlement Intérieur** »
- Fiche « **Consentement** »
- Fiche « **Hébergement – repas** »
- Fiche « **d'urgence** »
- Fiche « **Certificat médical pour inaptitude au sport** » à faire compléter par le médecin
- Fiche « **Mesures Particulières** »
- Attestation d'assurance scolaire ou responsabilité civile 2024 / 2025 (document à remettre au plus tard le jour de la rentrée)

Documents obligatoires pour l'inscription à l'examen :

- Copie du dernier diplôme obtenu (Brevet des collèges, CAPA, BEPA, BAC PRO) certifié sur l'honneur conforme à l'original et signé par vos soins
- Candidats avec un aménagement : décision d'aménagement d'épreuves du DRAAF – SRFD ou avis de la MDPH
- Pour les redoublants** : copie du Relevé de notes de l'examen (votre échec en Juin)
- Attestation de participation à la journée Défense et Citoyenneté** ou à défaut pour les moins de 17 ans l'attestation de recensement (à faire la demande auprès de la Mairie du lieu d'habitation)
- Attestation des droits à la MSA ou à la Sécurité Sociale** au nom de l'apprenti en cours de validité (Faire la demande auprès de l'organisme concerné rapidement) (modèle du document attendu en pièce jointe aucun autre document ne sera accepté !)
- Fiche « **de renseignements en vue de l'inscription à l'examen** »

Documents facultatifs

- Fiche « **Association Sportive et à l'UNSS** » chèque 20.- € à l'ordre de l'Association Sportive du Pflixbourg pour l'adhésion
- Fiche « **Foyer ALESA** » chèque de 7.-€ (d-pensionnaire) ou 15.- € (interne) à l'ordre de l'ALESA pour l'adhésion

REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e).....

Agissant en qualité de (*) père mère tuteur élève majeur

Demeurant (1).....

en formation de (*) : CAPA BPA CS Bac Pro BTS

spécialité : Paysage Viticulture Agriculture Horticulture Commerce

A bien pris connaissance du règlement intérieur

Adresse où se trouve le document à consulter :

<https://rouffach-wintzenheim.educagri.fr/apprentissage-cfa/informations-pratiques>

Fait à....., le.....

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

du représentant légal pour le jeune mineur

Et de l'apprenti

CONSENTEMENT

Conformément au contrat conclu entre le CFA Agricole du Haut-Rhin et ses hébergeur l'EPLEFPA Les Sillons de Haute Alsace et le Ministère de l'Agriculture, l'établissement utilise les applications de planning et de gestion informatisée (service de messagerie, les logiciels Office, Ypareo et WinSoins).

Notre établissement s'engage à ce qu'aucune utilisation ou consultation de ces données à d'autres fins que celles de stockage et fourniture de service ne peut être faite par notre prestataire. L'Utilisateur est informé que les échanges par mail entre l'utilisateur et les services de l'établissement conduisent à confier les données de messagerie au prestataire de messagerie choisi par l'établissement, et ce, jusqu'au terme de la relation contractuelle établie entre le CFA Agricole du Haut-Rhin et son hébergeur.

Je comprends qu'il sera techniquement plus difficile pour l'établissement de mettre en place les services concernés, en cas de non acceptation de ma part.

J'autorise l'établissement à échanger par voie numérique sur les questions médicales me/le concernant.

Pour des raisons personnelles, j'ai choisi de transmettre par mail l'ensemble de mon/son dossier à caractère médical par voie numérique

Les données seront conservées pendant toute votre scolarité ou formation dans nos archives courantes et, si nécessaire, serviront à mettre à jour notre outil de gestion. Elles seront ensuite conservées conformément aux durées d'utilité administrative et aux prescriptions légales.

Conformément au Règlement Général à la Protection des Données 2016/679, vous disposez de droits d'accès, de modification, d'effacement, d'opposition, d'un droit à la portabilité et à la limitation de vos données personnelles et du droit de décider du sort de ces données postmortem. Pour exercer ces droits, contactez : vs-cfa.rouffach@educagri.fr

Lieu :

Date :

Mention « lu et approuvé » et signature de l'apprenant

Mention « lu et approuvé » et signature du représentant légal

JANVIER 2024

**A REMPLIR
OBLIGATOIREMENT
MEME POUR UN
EXTERNE**

DEMANDE REPAS BTS
Uniquement pour l'année scolaire 24 / 25
(Les demandes étant étudiées chaque rentrée)

Je soussigné _____ parent de l'apprenti : _____
 Apprenti lui même

En classe pour l'année 2024-2025 : _____
avoir pris connaissance des tarifs, des conditions ci-dessous et en accepter les modalités.

Nom et adresse de l'employeur du père (obligatoire) : _____

Nom et adresse de l'employeur de la mère (obligatoire) : _____

Demande pour mon fils le régime de 1/2 pension
 ma fille d'externe
 moi-même

A _____ le _____ 2024
Signature des parents ou de l'apprenti majeur :

Forfait à la semaine pour un demi-pensionnaire
Prix : 19 Euros*
(forfait pour 4 jours du lundi au jeudi midi)

La restauration est un service proposé par le CFAa aux familles des apprentis :

- Une demande de changement de régime peut se faire par écrit au secrétariat (par courrier ou par mail : cfa.rouffach@educagri.fr et sera pris en compte uniquement à partir du prochain trimestre. Un mail de validation est alors envoyé. Tout trimestre entamé sera facturé !
- Seuls les nuits et les repas non pris pour cause d'arrêt de travail de minimum 5 jours (copie à fournir au C.F.A.a) ou dans le cas d'une journée annulée par le CFAa, seront déduits de la facturation. Toutes les autres journées prévues sur le calendrier du CFAa seront facturées même si le jeune est absent ou mange à l'extérieur.

Une facture sera envoyée par courrier tous les trimestres. Vous pourrez ensuite faire le paiement par chèque ou par virement. Aucun prélèvement automatique n'est possible !

- Une subvention pour l'hébergement et le repas existe et sera reversée le moment venu pour certains apprentis.

**Tarif révisable au gré de la Région Grand Est*

FICHE D'URGENCE

Année scolaire 2024/2025

Document non confidentiel à remplir par la famille à chaque début d'année scolaire.
Valable dans l'enceinte du CFAa ou lors des différents déplacements en France et/ou à l'étranger.

Nom : Prénom :
 Adresse :
 Classe :
 Date de Naissance : __/__/____ Lieu de naissance : Sexe : M F
 Numéro de portable de l'apprenant : __/__/__/__/__

Personnes à prévenir

Nom :	Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :	Prénom :
Lien avec l'apprenant :	Lien avec l'apprenant :	Lien avec l'apprenant :
Adresse CP Ville :	Adresse CP Ville :	Adresse CP Ville :
.....
Tel domicile: __/__/__/__/__	Tel domicile: __/__/__/__/__	Tel domicile: __/__/__/__/__
Tel travail : __/__/__/__/__	Tel travail : __/__/__/__/__	Tel travail : __/__/__/__/__
Portable : __/__/__/__/__	Portable : __/__/__/__/__	Portable : __/__/__/__/__

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

Antécédents médicaux ou chirurgicaux :

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

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'apprenant 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'apprenant mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un parent ou d'un représentant légal.**

Je m'engage dans les cas non urgents ou de maladie, à venir chercher mon enfant au CFAa.

A Le
Signature du responsable légal :

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE (1)

Je soussigné, docteur en médecine :

Lieu d'exercice :

Certifie avoir examiné **l'apprenant NOM - Prénom** :

Né(e) le

et j'ai constaté, ce jour, que son état de santé entraîne **une inaptitude**

partielle totale (2)

du **au** (3)

En cas d'inaptitude partielle, pour permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'apprenant, préciser en termes d'incapacités fonctionnelles si l'inaptitude est liée :

- ✓ à des **types de mouvements** (amplitude, vitesse, charge, posture...)
- ✓ à des **types d'effort** (musculaire, cardio-vasculaire, respiratoire...)
- ✓ à la **capacité à l'effort** (intensité, durée...)
- ✓ à des **situations d'exercice et d'environnement** (travail en hauteur, milieu aquatique, conditions atmosphériques...), etc
- ✓ **CROSS D'ETABLISSEMENT**

Observations :

.....

.....

Fait àle.....

Cachet et signature du médecin

(1) L'infirmière scolaire sera destinataire de tout certificat d'inaptitude d'une durée supérieure à trois mois.
(2) En cas d'inaptitude totale, le certificat peut être établi sur papier à entête du médecin.
(3) En cas de non-production d'un nouveau certificat, l'apprenant sera considéré apte à la reprise de la pratique de l'éducation physique et sportive.

L'APPRENTI :

NOM

Prénom

Né (e) le

en classe de

Caisse d'assurance maladie à laquelle l'apprenant est affilié :

NIR (Numéro Sécurité Sociale) : _ _ _ _ _ / _ _

Ce numéro se trouve facilement sur l'attestation de droit (téléchargeable sur le site amei.fr ou msa.fr) sur laquelle figure le matricule des parents ainsi que celui de chacun de leurs enfants.

Il s'agit d'une immatriculation automatique et obligatoire indépendante de l'attribution de la carte vitale qui intervient au 16^{ème} anniversaire de l'apprenant.

✓ PSC1 (Prévention et secours civiques niveau 1) obtenu : OUI NON

✓ JSP (Jeune Sapeur-Pompier) : OUI NON

✓ Présente une déficience (auditive, visuelle ...), une difficulté d'apprentissage (dyslexie...), veuillez préciser le type de handicap :

Joindre au dossier la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

✓ Souhaite établir pour la durée de la formation :

* une demande un Plan d'accompagnement personnalisé (PAP) : OUI NON

* d'un aménagement des épreuves d'examen : OUI NON

La demande d'aménagement d'examen doit se faire dès le début de la formation de l'apprenti.

Nous ne prendrons plus de demande l'année de l'inscription à l'examen !

Dans le cas de troubles DYS, si vous disposez de bilans orthophoniques ou autres bilans récents (idéalement moins de 3 ans), merci de nous les transmettre.

Si un PAP et/ou un aménagement d'épreuves ont déjà été mis en place pour une autre formation, une copie de chaque est à nous transmettre.

✓ Sa santé nécessite un protocole de soins et d'urgence à diffuser ?
P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé) à renouveler tous les ans OUI NON

Précisez : (allergie, asthme...)

✓ Son état de santé nécessite une inaptitude à la pratique du sport ?
(merci de faire remplir le certificat ci-joint par le médecin compétent)

OUI Totale NON

Partielle

FICHE DE RENSEIGNEMENTS EN VUE DE L'INSCRIPTION A L'EXAMEN

Certaines de ces informations figureront sur votre diplôme

NOM DU CANDIDAT : _____

PRENOMS* : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

LIEU DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____

COMMUNE : _____

TELEPHONE FIXE : _____

PORTABLE DE L'APPRENANT : _____

EMAIL DE L'APPRENANT : _____

EMAIL PARENT : _____

LANGUE VIVANTE : ALLEMAND ANGLAIS (entouré dans la bonne langue)

DIPLOME DEJA OBTENU : _____

PROFESSION DU REPRESENTANT LEGAL : _____

*** Je souhaite faire apparaître mes résultats sur le site internet officiel des résultats y compris dans la presse et autre médias.

***Indiquer impérativement tous vos prénoms figurant sur votre état civil (voir carte d'identité)**

**** Cocher seulement si vous acceptez !**

HAUT-RHIN

Numéro de l'assuré :

Nom de l'assuré :

Date allant au minimum
jusqu'au 31/12 de l'année en
cours.

Attestation de droits à l'assurance maladie

Valable du 19/12/20XX au 18/12/20XX sous réserve de changement dans la situation de l'assuré

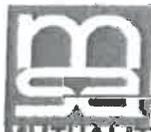
organisme de rattachement sécurité sociale	code gestion	n° de sécurité sociale de l'assuré (à utiliser pour tous les bénéficiaires ci-dessous)	modulation du ticket modérateur
Bénéficiaire(s) nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage		n° de sécurité sociale du bénéficiaire (pour information)	né(e) le/rang
NOM PRENOM a déclaré un médecin traitant			JJ/MM/AAAA 1

Toute attestation de droits antérieure est à détruire.

CECI EST UN MODELE

Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant auprès du directeur de votre Caisse.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 441-1, et suivants du Code Pénal). En outre, la falsification ou l'établissement de faux documents, ainsi que l'utilisation de tels documents sont passibles d'une pénalité financière au titre des articles L.162-1-14 du Code de la Sécurité Sociale.



santé
famille
retraite
services

MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE D'ALSACE

ATTESTATION DE DROITS

Nom

Adresse

CP Ville

Organisme Affiliation	Code Gestion	Numéro Immatriculation	Délivrée le	Exonération valable pour la Famille
xx xxxx xxxx	A1 ASA	Numéro de sécurité sociale	jj/mm/aaaa	TAUX ALSACE-MOSELLE
Bénéficiaire(s)			Né(e) le	Complémentaire Contrat jusqu'au
NOM Prénom A DECLARE UN MEDECIN TRAITANT			jj/mm/aaaa	

CECI EST UN MODELE

Les informations contenues sur cette attestation peuvent être différentes de celles contenues sur votre carte vitale. Par conséquent, n'oubliez pas de mettre cette dernière à jour si votre situation a changé.

Fait le
jj/mm/aaaa

ASSOCIATION SPORTIVE

L'AS propose des Activités tout au long de l'année scolaire 2024/2025 !

En soirées et les Mercredis après-midi, tu retrouveras :

- ✓ Sports Collectifs : Football, Volley-ball, Basket-ball
- ✓ Sports de Raquette : Badminton, Tennis de Table
- ✓ Sport Santé/ Artistique : Musculation, Danse, Hip Hop...
- ✓ Sports de Pleine Nature : Orientation, Escalade, VTT, Cross, Raquette à Neige, Tir à l'arc, Ski Alpin...

L'AS c'est aussi : des Tournois, des Sorties Découvertes, des Rencontres UNSS.

Pour DEVENIR MEMBRE de l'ASSOCIATION SPORTIVE du Lycée :

1. Remplir l'**AUTORISATION PARENTALE** ci-jointe (pour les élèves mineurs)
2. Acquitter la **COTISATION de 20 euros** qui couvrent le coût de l'Assurance Obligatoire. **Par CHEQUE à l'Ordre de l'Association Sportive du Pflixbourg** (Chèque non remboursable après demande de la licence en cas de démission.)

AUTORISATION PARENTALE / INSCRIPTION à L'ASSOCIATION SPORTIVE

NOM : PRENOM :

Date de naissance : Classe :

Je soussigné(e), père, mère, responsable légal,¹

- souhaite inscrire mon enfant aux activités de l'A.S du lycée et de l'UNSS
- autorise mon enfant à participer aux activités sportives organisées à l'extérieur de l'établissement : Rencontres sportives, compétitions UNSS, sorties ski, etc....
- Je coche cette case si j'accepte le droit à l'image de mon enfant pour la communication du Lycée (facebook, vidéos, affiches...)

Date :

Signature du responsable légal ou de l'élève majeur

Nous suivre :



: @alesa_pflix



: @alesapflix

adresse :

**Lycée du PFLIXBOURG
2, lieu dit Saint Gilles,
68920 Wintzenheim.**



A.L.E.S.A

**ASSOCIATION DES LYCÉENS,
ÉTUDIANTS, STAGIAIRES ET
APPRENTIS**



les sorties :

Une fois par mois, une sortie est organisée pour les adhérents de l'association.

exemple : bowling, laser game, xpérience parc, escape game, théâtre, cinéma,...

les clubs :

l'association met des locaux et du matériel à disposition pour une pratique libre à ses adhérents

exemple : musique, jeux vidéo, sono bar,

les activités club :

chaque jeudi soir nous proposons aux adhérents de l'association de mettre en avant une pratique/activité pratique faite dans les clubs de l'association.

exemple : crêpes et jeux de société, billard, baby-foot,...



les soirées :

Chaque jeudi avant les vacances scolaires, l'A.L.E.S.A propose à l'ensemble des apprenants des soirées à thème.

exemple : soirée d'halloween, de Noël, de carnaval, de fin d'année,...



Bulletin d'adhésion

Pour les mineurs :

Je soussigné,
Responsable légal de :
inscrit(e) en classe de (précisez si CFA) :
souscrit une adhésion pour mon enfant pour l'année scolaire :
à l'ALESA du Pflixbourg. Et l'autorise à participer aux sorties et activités.

Pour les majeurs :

Je soussigné,
inscrit(e) en classe de (précisez si CFA) :
souscrit une adhésion pour l'année scolaire :
à l'ALESA du Pflixbourg pour moi-même.

Conditions d'adhésion :

Lycées	Apprentis et Munster	BTSA
25 € internes	15 € internes	25€ internes
35 € demi-pension	7 € demi-pension	15€ demi-pension
7 € externes et BIT		

Fait à, le, signature :

Merci de joindre un chèque du montant
de l'adhésion à l'ordre de l'ALESA



A TOUTS NIVEAUX DANS UN DE
VOS CLUBS. UNE DE VOS
SORTIES ET UNE DE VOS
ACTIVITÉS

Autorisation de droit à l'image

Je soussigné(e)
Nom et prénom : _____

Représentant légal de : _____

Demeurant : _____

Conformément aux dispositions relatives au droit à l'image, j'autorise l'ALESA dont le siège est situé au lycée du Pflixbourg et ses prestataires techniques à réaliser des prises de vue photographiques, des vidéos ou des captations numériques lors des événements organisés par l'association.

Les images pourront être exploitées et utilisées directement par la structure sous toute forme et tous supports, pour un territoire illimité, sans limitation de durée, intégralement ou par extraits et notamment : presse, livre, supports numérique, exposition, publicité, projection publique, concours, site internet, réseaux sociaux.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies susceptible de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, et d'utiliser les photographies, vidéos ou captations numériques de la présente, dans tout support ou toute exploitation préjudiciable.

Je reconnais être entièrement rempli de mes droits et je ne pourrai prétendre à aucune rémunération pour l'exploitation des droits visés aux présentes.

Je garantis que ni moi, ni le cas échéant la personne que je représente, n'est lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon image ou de mon nom.

Pour tout litige né de l'interprétation ou de l'exécution des présentes, il est fait attribution expresse de juridiction aux tribunaux français.

Fait à _____,
le _____.

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »