

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  
Terminale BAC PRO  
Horti / Vente  
Site de Wintzenheim**

Madame, Monsieur,

Vous êtes inscrit(e) au CFA agricole du Haut-Rhin pour votre année de Terminale BAC PRO

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

**Lundi 2 septembre 2024**

**Sur notre antenne du CFAa – Lycée du Pflixbourg - 2 lieu dit Saint-Gilles à  
WINTZENHEIM,**  
***Le lieu ainsi que l'horaire vous seront communiqués ultérieurement***

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

**Un exemplaire est à remettre à votre employeur.**

**Le dossier d'inscription COMPLET est à retourner avant la rentrée. Si le dossier est manquant vous ne serez pas accepté en formation.**

Nous vous rappelons que la tenue de travail (vêtements et chaussures de sécurité) est obligatoire pour les séances de travaux pratiques. Pour les internes, n'oubliez ni cette tenue, ni la tenue de sport.

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

**2<sup>ème</sup> année CAPa / Terminale BAC PRO - Site de Wintzenheim**

**Année scolaire 2024 / 2025**

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Classe en 2024-2025 :** \_\_\_\_\_

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

- Fiche « **Demande Hébergement – Repas** »
- Fiche « **Hébergement** »
- Fiche « **Autorisation prise, reproduction d'images** »
- Fiche « **Règlement Intérieur** »
- Fiche « **Consentement** »
- Fiche « **d'urgence** »
- Fiche « **Certificat médical pour inaptitude au sport** » (à faire compléter par le médecin uniquement s'il y a une dispense)
- 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

JANVIER 2024

**A REMPLIR  
OBLIGATOIREMENT  
MEME POUR UN  
EXTERNE**

**DEMANDE HEBERGEMENT - REPAS**  
**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                       d'interne  
 ma fille                                               de 1/2 pension  
 moi-même                                               d'externe

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

**Forfait à la semaine pour un interne**

Prix : 92 Euros\* (forfait pour 4 jours)

**Forfait à la semaine pour un demi-pensionnaire**

Prix : 19 Euros\*(forfait pour 4 jours)

Etant donné les difficultés à proposer un hébergement à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2024, chaque demande sera étudiée.  
**Si une place à l'internat vous a été accordée**, l'inscription engagera impérativement pour l'année complète. Aucun changement de régime ne sera possible en cours d'année.

**Toute année commencée est due.**

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 HEBERGEMENT

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 de la fiche hébergement

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



## 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](mailto: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

## 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 à .....le.....

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 [ameli.fr](http://ameli.fr) ou [msa.fr](http://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<sup>ème</sup> 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<br>(à utiliser pour tous les bénéficiaires<br>ci-dessous) | modulation du ticket<br>modérateur |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Bénéficiaire(s)<br>nom de famille suivi d'un éventuel nom d'usage |              | n° de sécurité sociale du bénéficiaire<br>(pour information)                                 | né(e) le/rang                      |
| NOM PRENOM<br>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<br>ASA    | Numéro de sécurité sociale | jj/mm/aaaa  | TAUX ALSACE-MOSELLE                 |
| Bénéficiaire(s)                             |              |                            | Né(e) le    | Complémentaire Contrat jusqu'au     |
| NOM Prénom<br>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,<sup>1</sup>

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 pratiquée dans les clubs de l'association.

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



Billard



Baby-foot



Crêpes



Et jeux de société

## 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,...





## Bonjour 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 :

| Système             | Apprentis et Münster | BISA             |
|---------------------|----------------------|------------------|
| 25 € internes       | 15 € internes        | 25€ internes     |
| 15 € demi-pension   | 7 € demi-pension     | 15€ demi-pension |
| 7 € externes et BIF |                      |                  |

Fait à,

le,

signature :

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



## 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 »