

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<sup>ème</sup> année  
Aménagements Paysagers**

Madame, Monsieur,

Nous vous accueillons au CFA agricole du Haut-Rhin en 2<sup>ème</sup> année de formation.

Nous vous informons que la formation débutera :

**Lundi 2 septembre 2024 au CFAa du Haut-Rhin**

**Parking accessible par la rue de Bâle**

***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 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<sup>ème</sup> année BTSA

Année scolaire 2024 / 2025

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

### Documents obligatoires *Cocher la case correspondant à chaque document fourni*

- Fiche « Hébergement – repas »
- Fiche « Règlement Intérieur »
- Fiche « Consentement »
- Fiche « Autorisation prise, reproduction d'images »
- 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 (à ramener 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 » chèque 20.- € à l'ordre de l'Association Sportive de l'EPL pour l'adhésion
- Fiche « Foyer ALESA » chèque de 15.-€ à l'ordre de l'ALESA pour l'adhésion

**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 :

<b>Forfait à la semaine pour un demi-pensionnaire</b> 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](mailto: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*

## 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

## AUTORISATION DE PRISE, REPRODUCTION, REPRESENTATION D'IMAGES DE PERSONNES OU DE BIENS

Je soussigné(e).....

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

Demeurant (1).....

en formation de (*) : <input type="checkbox"/> CAPA <input type="checkbox"/> BPA <input type="checkbox"/> CS <input type="checkbox"/> Bac Pro <input type="checkbox"/> BTS	spécialité : <input type="checkbox"/> Paysage <input type="checkbox"/> Viticulture <input type="checkbox"/> Agriculture <input type="checkbox"/> Horticulture <input type="checkbox"/> Commerce
--	---

n'autorise pas le CFA Agricole du Haut-Rhin

autorise le CFA Agricole du Haut-Rhin

A :            (2) photographe, filmer, interviewer mon enfant mineur.....  
et à utiliser son image.

**Me photographe, me filmer, m'interviewer et à utiliser mon image.**

En conséquence de quoi et conformément aux dispositions relatives au droit à l'image et au droit du nom :

J'autorise l'éditeur désigné ci-dessus à fixer, reproduire et communiquer au public les images prises dans le cadre de la présente ; les images pourront être exploitées et utilisées exclusivement et directement par l'éditeur, dans le monde entier, sans limitation de durée, intégralement ou par extrait, et notamment sous forme électronique (CD-ROM, CD-Photos, DVD, Site Internet d'établissement scolaire, réseaux sociaux, reportage télévisé), ou par voie d'exposition (affiches, posters, plaquettes de communication), projections publiques (diapositives, vidéo cassettes, vidéodisques, films, reportages), édition de livre ou brochure scolaire.

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 je ne suis pas/que mon enfant n'est pas lié par un contrat exclusif relatif à l'utilisation de mon/son image ou de mon/son nom.

Le bénéficiaire de l'autorisation s'interdit expressément de procéder à une exploitation des photographies ou films susceptibles de porter atteinte à la vie privée ou à la réputation, ni d'utiliser les images, objets de la présente, dans tout support à caractère pornographique, raciste, xénophobe ou tout autre exploitation préjudiciable.

Fait à....., le.....

**Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »  
Du représentant légal pour le jeune mineur.**

## 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 (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 de Droit Local, l'**ALESA** organise et finance les activités de loisirs avec et pour des apprenants. Elle dispose d'un Foyer Socioculturel.

**Force de propositions, les apprenants sont les acteurs principaux l'association. Les activités, soirées et sorties diverses sont co-construites avec les enseignants responsables de l'ALESA**

**Clubs gérés par des apprenants et/ou des animateurs :** Club billard avec chaîne hi-fi - Salle de musique (avec un piano, une batterie, un synthétiseur, guitare, armoires de rangements fermées à clé) - Club photo - Club TV avec lecteur DVD - Jeux de sociétés – Après-midi crêpes. Etc.

**Sorties et soirées diverses :** fêtes, spectacles, bowling, cinéma, jeux de société, Jump-park. Etc.

**Support financier :** certaines animations au profit des voyages d'étude.

### Adhésion

Moyennant le paiement de la cotisation, votre enfant peut, bénéficier des activités de l'A.L.E.S.A. tout au long de l'année scolaire.

- Lycéens internes : 20 € (équivalent à 2€/mois)
- Apprentis, Stagiaires, Etudiants, Lycéens demi-pensionnaires ou externes : 15 € (équivalent à 1,50€ /mois)

### Partenaires

Lycée, CFA CFPPA, Région Grand Est, DRAC, DRAAF, Association de Parents d'Elèves.

**Nombreux équipements en accès libre : Espace bar, babyfoot, parties gratuites...**

### TALON REPOSE à renvoyer avec le règlement

Je soussigné(e).....

(rayer la mention inutile : Lycéen, Etudiant, Apprentis, Stagiaire) – Classe.....

Si adhérent mineur, indiquer le nom du responsable légal.....

Verse une cotisation de ..... € de préférence par chèque, libellé à l'ordre de ALESA.  
Pour l'année scolaire 2024 /2025

A..... Le ..... Signature

(Pas d'agrafe uniquement un trombone - merci)

## ASSOCIATION SPORTIVE

Dans le cadre de l'Association Sportive du site de Rouffach votre enfant a la possibilité de pratiquer des activités sportives dans ses moments de loisirs (jusqu'à 6-8 heures en plus du programme obligatoire), voire de participer s'il le souhaite à l'une des compétitions organisées par l'UNSS (Union Nationale du Sport Scolaire).

**Pour adhérer à l'Association Sportive il est nécessaire de :**

- + de régler la cotisation à l'Association Sportive (20 € pour l'année ou 10 € si compte Jeun'Est activé)
- + de retourner à l'établissement
  - l'autorisation parentale ci-dessous.

**J**e verse la somme de 20 € au titre de la cotisation par chèque à l'ordre de l'Association Sportive de l'EPL. Remboursement de 10 euros en s'inscrivant sur le site Jeun' Est (renseignements auprès de son professeur d'EPS)

### ***AUTORISATION PARENTALE***

Je soussigné(e) ..... père, mère, tuteur, représentant légal (1)

- autorise (2) ..... né(e) le...../...../.....  
classe.....

à participer aux activités de l'Association Sportive du site de Rouffach.

- autorise le Professeur responsable ou l'accompagnateur, à faire pratiquer en cas d'urgence, une intervention médicale ou chirurgicale en cas de nécessité (3).

Fait à ....., le .....

- (1) rayer la mention inutile
- (2) indiquer Nom, Prénom et classe (quand c'est possible) de l'élève
- (3) rayer en cas de refus d'autorisation.

Signature