

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 1<sup>ère</sup> année Viticulture Œnologie**

Madame, Monsieur,

Vous êtes inscrit(e) au CFA agricole du Haut-Rhin en 1<sup>ère</sup> année BTSA Viticulture Œnologie.

Nous vous informons que la journée de rentrée se déroulera le :

**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 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.**

A la date du début du contrat d'apprentissage, vous devez être présent dans l'entreprise si ce n'est pas une semaine au CFAa.

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 – BTS 1<sup>ère</sup> année

Année scolaire 2024 / 2025

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Diplôme préparé : \_\_\_\_\_

Langue Vivante :            Allemand                            Anglais

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

- Fiche « **Demande Hébergement – Repas** »
- 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
- Fiche « **Mesures Particulières** »
- 1 RIB** du représentant légal si l'apprenti est mineur
- Copie recto-verso signée de la **CARTE d'IDENTITE** ou du **PASSEPORT** (en cours de validité)
- Attestation d'assurance scolaire ou responsabilité civile 2024 / 2025 (document à remettre au plus tard le jour de la rentrée)

### Documents facultatifs

- Fiche « **Association Sportive** »  
Prévoir un chèque 20.- € à l'ordre de l'Association Sportive de l'EPL pour l'adhésion
- Fiche « **Foyer ALESA** »  
Prévoir un chèque de 15.-€ 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](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 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<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



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