

Dossier suivi par : GC / EW  
Ligne directe : 03.89.78.73.04  
Objet : rentrée scolaire 2019-2020  
Rouffach, Mai 2019

**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 de BTSA Viticulture/Œnologie.

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

**Lundi 2 septembre 2019 à 9h30 au CFAa du Haut-Rhin**

Le calendrier de présence est à télécharger avec le dossier d'inscription. Un exemplaire est à remettre à votre futur employeur.

Nous vous rappelons qu'à 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.

Le Directeur du CFAa

M. CADIEU



## DOSSIER DE RENTREE – BTS 1<sup>ère</sup> année

Année scolaire 2019 / 2020

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Diplôme préparé : \_\_\_\_\_

Langue Vivante :            Allemand                    Anglais

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

- Fiche « Autorisation prise, reproduction d'images »
- Fiche « Hébergement – repas »
- Fiche « de santé »
- Fiche « d'urgence »
- Fiche « Certificat médical pour inaptitude au sport » à faire compléter par le médecin
- Attestation d'assurance scolaire ou responsabilité civile 2019 / 2020 (document à remettre au plus tard le jour de la rentrée)
- 2 RIB (ou RIP) du Représentant légal ou de l'apprenti majeur

### Documents facultatifs

- Fiche « Association Sportive »  
Prévoir un chèque 15.- € 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

## 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 (\*) :  CAPA  
 BPA  
 CS  
 Bac Pro  
 BTS

spécialité :  Paysage  
 Viticulture  
 Agriculture  
 Horticulture  
 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 photographier, 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 toute autre exploitation préjudiciable.

Fait à....., le.....

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

**A REMPLIR  
OBLIGATOIREMENT**

MARS 2019

**TARIF - REPAS BTS**

(rentrée septembre 2019)

Je soussigné \_\_\_\_\_  parent de l'apprenti : \_\_\_\_\_  
 Apprenti lui même

En classe de : \_\_\_\_\_

avoir pris connaissance des tarifs, des conditions ci-dessus et en accepter les modalités.

Inscrit  mon fils                      au régime                       d'externe  
 ma fille                                       de 1/2 pension  
 apprenti lui-même

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 2019

**Signature des parents ou de l'apprenti majeur :**

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

Prix : 17.10 Euros (forfait pour 5 jours)

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 et sera pris en compte uniquement à partir du prochain trimestre. Un mail de validation est alors envoyé.
- Seuls les nuits et les repas non pris pour cause d'arrêt de travail (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.

*tarif révisé chaque début d'année civile*

## FICHE DE SANTE

(CONFIDENTIEL)

Année scolaire 2019/2020

**Nom et prénom de l'apprenant :** .....

**Date de naissance :** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Classe :** .....

### Antécédents médicaux ou chirurgicaux :

.....  
.....

### Allergie(s), réactions allergiques médicamenteuses ou alimentaires (donner des renseignements précis)

.....  
.....

Traitement(s) : .....

.....

**Les traitements doivent être impérativement remis à l'infirmière avec un duplicata de l'ordonnance.**

Fait à .....

Signature du responsable légal

Le .....

## FICHE D'URGENCE

Année scolaire 2019/2020

**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 : .....

Classe : ..... Régime : INT  DP  EXT

Date de Naissance : \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Lieu de naissance : ..... Sexe : M  F

Numéro de portable de l'élève : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_\_\_

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

Numéro d'immatriculation : \_ \_ \_ \_ \_ / \_ \_

### Personnes à prévenir (cocher le représentant légal)

Mère <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Nom : .....	Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....	.....
Tel domicile: __/__/__/____	Tel domicile: __/__/__/____	Tel domicile: __/__/__/____
Tel travail : __/__/__/____	Tel travail : __/__/__/____	Tel travail : __/__/__/____
Portable : __/__/__/____	Portable : __/__/__/____	Portable : __/__/__/____

Adresse de l'apprenant si différente : .....

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant : .....

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

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel : .....

Joindre une photocopie des vaccinations

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 lycée.

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.

MESURES PARTICULIÈRES POUR L'ANNÉE 20... / 20...

● **L'APPRENTI :**

NOM..... Prénoms.....

Né (e) le ..... s'inscrivant en classe de.....

- ❖ souhaite établir une demande afin de bénéficier 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 dyslexie, dyscalculie .... , si vous ne disposez pas d'un bilan orthophonique récent, prendre dès à présent rendez-vous avec un(e) orthophoniste pour en faire établir un. Celui-ci devra être joint impérativement au formulaire de demande que nous vous transmettrons à la rentrée.*

- ❖ Sa santé nécessite un protocole de soins et d'urgence à diffuser ?  
P.A.I. (Projet d'Accueil Individualisé)  OUI  NON

- ❖ Son état de santé nécessite une inaptitude à la pratique du sport ? (merci de faire remplir le formulaire B par le médecin compétent)  
 OUI  Totale  NON

Partielle

- ❖ Présente une déficience (auditive, visuelle ...), une difficulté d'apprentissage (dyslexie...), veuillez préciser le type de handicap et joindre au dossier la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé

.....  
.....  
.....



## 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 (15 € pour l'année)
- + de retourner à l'établissement ou au professeur d'EPS
  - l'autorisation parentale ci-dessous.

**Je verse la somme de 15 € au titre de la cotisation par chèque à l'ordre de l'Association Sportive de l'EPL**

### *AUTORISATION PARENTALE*

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

- autorise (2) ..... 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 .....

Signature

(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.



**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 REPONSE 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 20 /20

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

(Pas d'agrafe uniquement un trombone - merci)