

Dossier suivi par : GC / EW  
Ligne directe : 03.89.78.73.04  
Objet : rentrée scolaire 2021-2022  
Rouffach, Mai 2021

**A l'attention des apprentis en  
CAPA 2<sup>ème</sup> année**

Madame, Monsieur,

Vous êtes inscrit(e) au CFA agricole du Haut-Rhin en 2<sup>ème</sup> année de formation.

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

**Jeudi 2 septembre 2021 à 9h00 au CFAa du Haut-Rhin**

Nous demandons aux internes de déposer leurs bagages à l'internat où un accueil leur sera réservé de 8h15 à 8h50.

**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.**

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.

Le Directeur du CFAa

M. CADIEU

## DOSSIER DE RENTREE

### CAPa 2<sup>ème</sup> année / Terminale BAC PRO

Année scolaire 2021 / 2022

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Classe en 2020-2021 : \_\_\_\_\_

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

- 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 2021 / 2022 (document à remettre au plus tard le jour de la rentrée)

#### Documents obligatoires pour l'inscription à l'examen :

- Copie du contrat d'apprentissage enregistré par la chambre consulaire et avec toutes les signatures
- 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)
- Copie recto-verso signée de la **CARTE d'IDENTITE** ou du **PASSEPORT certifiée sur l'honneur conforme à l'original et signé par vos soins** (en cours de validité)
  - 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

- disponible plus tard*
- Fiche « **Transports collectifs hebdomadaires** » de l'Association des Parents d'Elèves  
**Chèque de 25.- € à l'ordre de l'A.P.E. Rouffach** (adhésion obligatoire pour bénéficier des services proposés par l'A.P.E , notamment celui du transport scolaire)
  - Fiche « **Association Sportive** » chèque 15.- € 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**

AVRIL 2021

**TARIF HEBERGEMENT - REPAS -**  
(Rentrée septembre 2021)

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'interne  
 ma fille  de 1/2 pension  
 apprenti lui-même  d'externe

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 2021

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

**Forfait à la semaine pour un interne**

Prix : 22.80 Euros (forfait pour 4 jours)

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

Prix : 16.20 Euros (forfait pour 4 jours)

L'hébergement 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 !**

*Tarif révisé chaque début d'année civile*

## FICHE D'URGENCE

Année scolaire 2021/2022

**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 : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_

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

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

### Personnes à prévenir

Nom : .....	Nom : .....	Nom : .....
Prénom : .....	Prénom : .....	Prénom : .....
Adresse : .....	Adresse : .....	Adresse : .....
.....	.....	.....
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 .....

❖ 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 une demande un Plan d'accompagnement personnalisé pour toute la durée de sa formation (PAP) :  
 OUI     NON

❖ 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 troubles DYS, si vous disposez de bilans orthophoniques ou autres bilans récents (moins de 3 ans), merci de nous les transmettre. Si un PAP et/ou un aménagement d'épreuves ont déjà été mis en place, 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)     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

Partielle

NON

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

***Veillez accrocher avec un trombone la photocopie recto verso de votre carte d'identité à cette fiche de renseignements.***

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\*\*

EN 2020/2021 VOUS ETIEZ EN FORMATION AU CFAA DU HAUT-RHIN SINON INDIQUER  
CLASSE SUIVIE : \_\_\_\_\_

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.

\*\*\* Je souhaite recevoir mon relevé de notes par courrier

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

**\*\*Rayer la mention inutile**

**\*\*\* 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.

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	

**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

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.....né(e).....

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

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

**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 :** spectacles, bowling, cinéma, jeux de société, Jump-park. Etc.

**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 €
- Apprentis, Stagiaires, Etudiants, Lycéens demi-pensionnaires ou externes : 15 €

**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 20 /20

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

(Pas d'agrafe uniquement un trombone - merci)