

Année scolaire 2017/2018

BP 181 - 56308 PONTIVY Cedex

Tél. : 02 97 25 93 10 Fax : 02 97 25 63 34

<u>Seconde</u> :	P.A.	ABIL	Vente
<u>Première</u> :	CGEA	LCQ	TCVA
<u>Terminale</u> :	CGEA	LCQ	TCVA

Langue vivante 1 : Anglais

Sections sportives (pour les élèves ayant été retenus aux tests de sélection du printemps 2017)

Football

Kayak

(1)

ÉLÈVE

NOM (en majuscules) :

Prénom usuel :

Prénoms de l'état civil :

Sexe : F M

Nationalité :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Département :

Qualité : INTERNE

DEMI-PENSIONNAIRE

EXTERNE (1)

Adresse (de l'élève ayant un logement en ville) :

Code postal :

Commune :

N° de téléphone :

N° de portable de l'élève :

Code I.N.E. de l'élève (Identifiant National Etudiant - A réclamer dans votre établissement actuel)

ÉTABLISSEMENT FRÉQUENTÉ EN 2016-2017

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal :

Commune :

N° de téléphone :

Classe fréquentée :

Diplôme obtenu :

année d'obtention :

(1) Cocher la case correspondant à votre choix.

Responsable légal 1

père	mère	autre :	(1)
Nom :		Prénom :	
Adresse du domicile - rue ou lieu-dit :			
Code Postal :		Commune :	
N° téléphone personnel :			
N° téléphone portable :			
Adresse e-mail :			
<u>Emploi</u>			
Profession exercée :			
Nom et adresse de l'employeur :			
N° téléphone professionnel :		Code profession :	(voir p. 4)
<u>Communication d'informations aux familles</u>			
J'accepte d'être prévenu(e) de toute information concernant l'élève (absence, réunion, etc...) par :			
SMS	Courriel	Appel téléphonique	Courrier (1)

Responsable légal 2

père	mère	autre :	(1)
Nom :		Prénom :	
Adresse du domicile - rue ou lieu-dit :			
Code Postal :		Commune :	
N° téléphone personnel :			
N° téléphone portable :			
Adresse e-mail :			
<u>Emploi</u>			
Profession exercée :			
Nom et adresse de l'employeur :			
N° téléphone professionnel :		Code profession :	(voir p. 4)
<u>Communication d'informations aux familles</u>			
J'accepte d'être prévenu(e) de toute information concernant l'élève (absence, réunion, etc...) par :			
SMS	Courriel	Appel téléphonique	Courrier (1)

Situation familiale :	mariés	séparés	divorcés	parent isolé	
	veuf(ve)	concubinage	pacés	garde alternée	(1)

Tout changement d'ADRESSE ou de SITUATION FAMILIALE en cours d'année doit être signalé PAR ÉCRIT au secrétariat scolaire PAR LES DEUX RESPONSABLES LÉGAUX

Renseignements concernant la famille ou le tuteur

Frères et sœurs de l'élève :

Nom	Prénom	Date de naissance

Destinataire de la facture **pension** et de la **notification des bourses** :

père et mère père mère tuteur élève lui-même (1)
autre membre de la famille (à préciser) autre cas (à préciser)

Je, soussigné(e),

père et mère père mère tuteur élève lui-même (1)
autre membre de la famille (à préciser) autre cas (à préciser)

➤ certifie sur l'honneur les renseignements précisés sur ce document ;

➤ m'engage à régler la pension (internat - demi-pension), conformément aux tarifs votés en conseil d'administration.

➤ reconnais avoir pris connaissance du règlement intérieur disponible sur le site : www.legroschene.fr et m'engage à le respecter.

Date et signature du Responsable légal 1	Date et signature du Responsable légal 2	Date et signature de l'élève

(1) Cocher la case correspondant à votre choix.

NOMENCLATURE DES CATÉGORIES SOCIOPROFESSIONNELLES

Cocher la case correspondant à la situation professionnelle des responsables légaux

1 - Agriculteurs exploitants	11 - Agriculteurs sur petite exploitation
	12 - agriculteurs sur moyenne exploitation
	13 - Agriculteurs sur grande exploitation
2 - Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21 - Artisans
	22 - Commerçants et assimilés
	23 - Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3 - Cadres et professions intellectuelles supérieures	31 - Professions libérales
	33 - Cadres de la fonction publique
	34 - Professeurs, professions scientifiques
	35 - Professions de l'information, des arts et des spectacles
	37 - Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise
4 - Professions intermédiaires	38 - Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
	42 - Instituteurs et assimilés
	43 - Professions intermédiaires de la santé et du travail social
	44 - Clergé, religieux
	45 - Professions intermédiaires administratives de la fonction publique
	46 - Professions intermédiaires administratives et commerciales des ent.
	47 - Techniciens
5 - Employés	48 - Contremaîtres, agents de maîtrise
	52 - Employés civils et agents de service de la fonction publique
	53 - Policiers et militaires
	54 - Employés administratifs d'entreprise
	55 - Employés de commerce
6 - Ouvriers	56 - Personnels de service directs aux particuliers
	62 - Ouvriers qualifiés de type industriel
	63 - Ouvriers qualifiés de type artisanal
	64 - Chauffeurs
	65 - Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
	67 - Ouvriers non qualifiés de type industriel
	68 - Ouvriers non qualifiés de type artisanal
69 - Ouvriers agricoles	
7 - Retraités	71 - Anciens agriculteurs exploitants
	72 - Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise
	74 - Anciens cadres
	75 - Anciennes professions intermédiaires
	77 - Anciens employés
8 - Autres personnes sans activité professionnelle	78 - Anciens ouvriers
	81 - Chômeurs n'ayant jamais travaillé
	83 - Militaires du continent
	84 - Elèves, étudiants
	85 - Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
86 - Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)	

**AUTORISATION DE COMMUNICATION DE L'ADRESSE
AUX ASSOCIATIONS DE PARENTS D'ÉLÈVES**

L'article D.811-185 alinéa 1 du code rural et de la pêche maritime prévoit que les associations de parents d'élèves peuvent prendre connaissance et obtenir copie de la liste des parents d'élèves, d'étudiants et d'apprentis de l'établissement mentionnant leurs noms, adresses postale et électronique, à la condition que ceux-ci aient donné leur accord exprès à cette communication.

Je, soussigné(e), Nom, Prénom :

Responsable légal de l'élève (nom-prénom) :

(1)

autorise

n'autorise pas

le lycée Le Gros Chêne de Pontivy à communiquer mes adresses postale et électronique aux associations de parents d'élèves.

Fait à :

Le

Signature du (ou des) représentant(s) légal(aux).

(1) Cocher la case correspondant à votre choix.

DROIT À L'IMAGE

Je soussigné(e), Nom, Prénom :

Classe :

Date de naissance :

accepte

refuse

(1)

que l'Etablissement Public local d'Enseignement et de Formation Professionnelle Agricole « Le Gros-Chêne » de PONTIVY, utilise des photos dans différents supports de publications (journaux, sites, banderoles, kakemonos, publicités, communication interne, diffusions pour les portes ouvertes) sur lesquelles je suis clairement reconnaissable dans le cadre de travaux pédagogiques. Il ne s'agit pas de photographies individuelles d'identité mais de photos de groupe ou bien de vues montrant des élèves en activité. Nous attirons votre attention sur le fait que l'usage des images est sans but lucratif et sans publication de nom de famille (prénom seulement). Un refus de votre part aura pour conséquence, soit d'écarter l'élève lors des prises de vue, soit de masquer son visage.

Fait à :

Le :

Signature de l'élève

Pour les mineurs,

Signature du (des)représentant(s) légal(aux).

(1) Cocher la case correspondant à votre choix.

Selon les articles 226-1 à 226-8 du Code Civil, tout individu jouit d'un droit au respect de sa vie privée ainsi que d'un droit à l'image.

En vertu de ces dispositions, la publication ou la reproduction d'une photographie sur laquelle une personne est clairement reconnaissable n'est possible qu'avec son consentement préalable, que l'image soit préjudiciable ou non. Font exception à cette règle, les photos de foule où la personne n'est pas le sujet central ou bien les photos prises de loin ou de dos.

A RENDRE A LA VIE SCOLAIRE POUR LES INTERNES

Votre enfant :

Classe :

Rejoindra l'internat le dimanche soir : Oui Non (1)

Est autorisé à sortir :

- Les lundis, mardis et jeudis de 17 h 15 à 18 h 30 Oui Non (1)
- Le mercredi après-midi de 11 h 55 à 18 h 00 Oui Non (1)

Prendra son repas le mercredi midi à l'établissement : Oui Non (1)

Signature du (des)représentant(s)
légal(aux)

Signature de l'élève

Toute modification devra être justifiée par un écrit

(1) Cocher la case correspondant à votre choix.

Nom :	Prénom :	
Date et lieu de naissance :		
Classe : 2017/2018 :	2018/2019 :	2019/2020 :
N° d'immatriculation à la sécurité sociale :		
N° portable de l'élève :		
Interne	Demi-pensionnaire	Externe

Personne à prévenir : cocher le représentant légal :

Mère Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. travail : Tél. portable :

Père Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. travail : Tél. portable :

Autre Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Tél. domicile : Tél. travail : Tél. portable :

Êtes-vous titulaire de la CMU ? Oui Non

Nom de la Sécurité Sociale : Nom de la Mutuelle :

Nom de l'Assurance Scolaire :

Nom du médecin traitant : Téléphone :

Adresse :

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est pris en charge selon les indications prescrites par le médecin régulateur du Centre 15.

La famille est immédiatement avertie par nos soins.

Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital que si sa famille l'accompagne.

La sortie de l'hôpital de l'élève se fera obligatoirement par la famille.

Autorisation de consultation pour les élèves

Nous, soussignés, Madame et/ou Monsieur

- Autorisons notre enfant à consulter un médecin.
- Autorisons le transport de notre enfant en VSL pour se rendre en consultation en cas de nécessité et si nous ne pouvons l'accompagner nous-mêmes.

Les élèves, (âgés de 16 ans et plus) doivent avoir en leur possession leur carte vitale.

Les frais engagés (médicaux, pharmaceutiques, transport...) seront réglés par la famille.

A , le

Lu et approuvé, Signature des parents ou du responsable légal

FICHE DE SANTÉ

Nom et prénom du jeune :

Classe :

Antécédents médicaux ou chirurgicaux :

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :

Joindre une photocopie des vaccinations (**obligatoire**)

Allergie(s) :

Est-il atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers et a-t-il bénéficié au cours de la scolarité précédente (joindre une copie du document) :

oui non

Bénéficie-t-il :

d'un PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

d'un PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé)

d'un PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)

d'un AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire) - Nombre d'heures :

d'un AE (Aménagement d'Épreuves) en CCF (Contrôles en cours de Formation) et examens.

Traitement (s) :

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

Si vous souhaitez la confidentialité, veuillez mettre cette fiche sous pli à l'attention de l'infirmière.

Questionnaire médical à remplir par les parents

Votre enfant, dans le cadre de sa formation professionnelle, aura à travailler sur des machines dangereuses ou à utiliser des produits dangereux.

Etant mineur, il doit obtenir une autorisation de l'inspection du travail pour ces travaux qui sont normalement interdits aux jeunes de moins de 18 ans (article R234-22 du code du travail). L'avis du médecin est obligatoire.

A cet effet, il vous est demandé de remplir le questionnaire ci-dessous destiné au médecin en charge d'examiner votre enfant.

Vos réponses sont strictement confidentielles, soumises au secret médical.

Vous mettrez ce document complété sous enveloppe cachetée libellée à l'intention du médecin.

Nom et prénom de l'élève :

Classe :

Né(e) le : _____, à _____

Le père est-il en bonne santé : Oui Non Profession :

La mère est-elle en bonne santé : Oui Non Profession :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Tél :

1 - Maladies présentées antérieurement par votre enfant :

- a-t-il déjà fait des convulsions ? Oui Non

- a-t-il d'autres maladies neurologiques ? Oui Non

- s'agissait-il d'une méningite ? Oui Non

- a-t-il eu une maladie respiratoire ou allergique ? Oui Non

Précisez :

- a-t-il fait des otites à répétition ? Oui Non

- autres maladies importantes ? Précisez :

- a-t-il eu des accidents ? Oui Non

- a-t-il été hospitalisé, voire opéré ? Oui Non

2 - Vaccinations

Il est rappelé que l'autorisation de travail sur les machines dangereuses est conditionnée par une situation vaccinale à jour au regard des obligations prévues par la loi.

3 - Etat de santé actuel de votre enfant :

- a-t-il souvent des rhumes, bronchites, sinusites, angines, otites ? Oui Non

- actuellement, présente-t-il d'autres troubles :

Asthme : Oui Non

Eczéma, allergie, urticaire : Oui Non

Perte de connaissance : Oui Non

Problèmes de dos, d'articulations : Oui Non

Maux de tête : Oui Non

Problème de vue ou fatigue oculaire : Oui Non

- est-il souvent absent : Oui Non

- est-il suivi par un médecin, un psychologue, un psychiatre ? Oui Non

- suit-il un traitement ? Oui Non

Précisez :

- votre enfant est-il intéressé par un métier ? Oui Non

Si oui, lequel ?

- avez-vous autre chose à signaler ? (par exemple : caractère, comportement, vie familiale)

- votre enfant a-t-il un handicap ? (dyslexie...) Oui Non

Nous vous demandons de confier à votre enfant son carnet de santé le jour de la visite médicale et copie de tous documents utiles en votre possession (comptes rendus récents de radiologie, d'examen biologique, rapports médicaux, etc...).

4 - Information importante :

La consommation de produits psycho actifs (alcool, cannabis, autres drogues) et de certains médicaments peut avoir des conséquences en cas d'utilisation de machines dangereuses ou de conduites d'engins.

Elle peut entraîner une inaptitude à la poursuite de la formation professionnelle dispensée pendant le temps nécessaire.

Je déclare avoir pris connaissance de l'information ci-dessus.

A _____, le _____

Signature de l'élève obligatoire

Signature des parents obligatoire

FRAIS DE PENSION ET DE DEMI-PENSION

Année scolaire 2017/2018

Trimestre de référence	Pension	Demi-Pension (4 jours)	Demi-Pension (5 jours)
1 ^{er} trimestre 2017/2018	674,84 €	213,70 €	247,61 €
2 ^{ème} trimestre 2017/2018 *	509,19 €	159,80 €	179,91 €
3 ^{ème} trimestre 2017/2018 *	324,12 €	101,69 €	114,48 €
Total année scolaire	1508,15 €	475,19 €	542,85 €

**Tarifs susceptibles de modification au 1^{er} janvier 2018*

- Se rajoutent aux frais de pension et demi-pension :

- ✓ les photocopies de cours effectués par les enseignants ;
- ✓ la location de blouse (fournie par le Lycée) pour les TP de microbiologie et de génie alimentaire, en application de la réglementation hygiène et sécurité ;
- ✓ les participations aux activités culturelles (théâtre...);
- ✓ les participations aux voyages d'étude.

- Remise d'ordre accordée de plein droit :

- ✓ Renvoi de l'élève par mesure disciplinaire.
- ✓ Stage en entreprise.

- Remise d'ordre accordée sous conditions :

- ✓ Absence pour maladie avec certificat médical (DUREE SUPERIEURE A DEUX SEMAINES) A LA DEMANDE ECRITE DE LA FAMILLE

Les frais de pension ou de demi-pension sont payables chaque trimestre à réception de la facture en numéraire (pour les factures inférieures à 300 €), par chèque ou par virement bancaire.



Réservation du repas de rentrée accompagnateur

Nom de l'élève :

Prénom de l'élève :

Classe :

Nombre de repas des accompagnateurs : x 6 euros = euros

Joindre un chèque de euros à l'ordre de l'EPLFPA du Gros Chêne ou

Régler en espèces la somme de euros le jour de la rentrée au Service Intendance.

Fait à le

Signature :

**A COMPLETER UNIQUEMENT SI VOUS NE DEPOSEZ PAS UN DOSSIER
DE DEMANDE DE BOURSES
ANNÉE SCOLAIRE 2017/2018**

NOM (en majuscules) :	Prénom :
Etablissement : Lycée Le Gros Chêne - Rue de Bretagne - BP 181 - 56308 PONTIVY Cedex	
Classe :	

Je soussigné(e)

représentant(e) légal(e)

de l'élève susnommé(e), reconnais avoir été informé(e) :

- que l'établissement susvisé relève du Ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt et que la gestion des bourses nationales d'études du second degré relève de ce même Ministère,
- que la date limite de dépôt des dossiers de demande de bourses, pour l'année scolaire 2017/2018, est fixée au 4 septembre 2017.

Fait à _____, le _____

Signature du représentant(e) légal(e)

Document à remettre à l'établissement

Nom :

Prénom :

Classe :

PIÈCES A JOINDRE AU DOSSIER

*L'ensemble du dossier d'inscription y compris la liste des pièces à joindre doit parvenir au Lycée en un seul envoi au plus tard **le vendredi 7 juillet 2017**.*

Suite à la confirmation d'inscription de votre fils - fille dans notre établissement, vous trouverez ci-dessous, la liste des pièces à fournir et documents à compléter pour l'admission dans notre établissement.

A cocher par la famille	Réservé à l'Admin.	
		1 dossier d'inscription
		1 dossier santé complet (2 pages) + 1 photocopie du carnet de vaccinations
		1 fiche « communication des adresses aux associations de parents »
		1 fiche autorisations pour les internes
		1 fiche droit à l'image
		1 copie du livret de famille complet
		1 copie de la carte d'identité ou du passeport
		1 relevé d'identité bancaire ou postal
		1 dossier de bourse complet (revenus perçus en 2015)
		1 déclaration ou une attestation d'assurance indiquant que vous êtes couvert pour les risques Responsabilité Civile et Individuelle Accident
		Si adhésion, 1 chèque pour l'association culturelle « AR MANER KOZ » (AMK) (7€ pour les demi-pensionnaires - 15 € pour les internes)
		Si adhésion, 1 chèque de 15 € association Sportive LEGTA Le Gros Chêne »
		1 EXEAT (certificat de sortie de l'établissement d'origine) pour le secondaire obligatoire pour l'admission à l'internat et à la $\frac{1}{2}$ pension

➤ Pour les élèves de la Section Sportive :

		1 fiche de contrôle médical en vue d'une pratique intensive du sport.
		1 chèque de 150 € (possibilité de 3x50 €) pour le fonctionnement de la section.



Une association lycéenne
culturelle loi 1901
qui propose des activités
sur les temps libres des élèves

Exemple des activités 2016-2017

Foyer billard baby
Jeux de fléchettes
Ciné-club
Musique pour jouer en groupe
Cours de guitare
Sorties Paint Ball
Concert et soirées
Internet
Jeu d'échecs
Salle lecture de BD
Sorties cinéma tarif jeune
Jeux sur console PS3
Et plus si vous venez avec vos envies.



**Toutes ces activités
sont réservées aux adhérents**

Pour adhérer à l'AMK :
✕ 15 € pour les internes
✕ 7€ pour les demi pensionnaires

Année scolaire 2017-2018

ASSOCIATION SPORTIVE

L'association sportive permet aux élèves qui le désirent de pratiquer une ou plusieurs activités sportives le mercredi après-midi dans le cadre de l'UNSS.

Objectifs :

- faire du sport (licence multi activités) ;
- se faire plaisir ;
- découvrir des activités nouvelles ;
- se retrouver avec ses copains-copines.

Activités pratiquées :

- des sports collectifs : hand-ball, football, volley-ball, futsal.
- du cross, de l'athlétisme, du badminton, du VTT, le défi vert, du run and bike, du canoë kayak.



Le montant de la participation demandée aux familles pour le fonctionnement de l'association sportive de l'établissement est fixé à 15 euros.

Joindre un chèque de 15 euros, libellé à l'ordre de
ASSOCIATION SPORTIVE LEGTA LE GROS CHENE

VISITE MEDICALE EN VUE D'UNE SCOLARITE EN SECTION SPORTIVE SCOLAIRE
en référence à la circulaire n° 2003-062 du 24/04/03

Nom :	Discipline pratiquée : Nombre d'heures : Sur classement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Double sur classement : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Prénom :	
Domicile :	
Date de naissance :	
Antécédents médicaux	Autre discipline pratiquée :
Antécédents chirurgicaux	
Traitements en cours	
Interrogatoire comportant notamment une évaluation psychosociale	
Examen cardio-vasculaire de repos (assis, couché et debout)	
Examen pulmonaire	
ECG de repos (obligatoire la première année d'inscription) joindre le tracé et l'interprétation	
Evaluation de la croissance et de la maturation :	
- Examen morpho-statique et anthropométrique	
- Maturation pubertaire (critère de Tanner)	
Plis cutanés	
Examen de l'appareil locomoteur	
Examen podologique	
Examen dentaire	
Examen neurologique (latéralité, tonus, ...)	
Dépistage des troubles visuels	
Dépistage des troubles auditifs	
Autres (abdomen, etc...)	
Bilan des vaccinations	
Conseils diététiques (si besoin)	
Bandelette urinaire (glucose, protéines, ...)	

CERTIFICAT MEDICAL DE NON CONTRE INDICATION

Je, soussigné, Docteur

certifie avoir examiné ce jour :

Nom

Prénom

et qu'il(elle) ne présente cliniquement aucune contre-indication à la pratique dans le cadre de la section sportive scolaire.

Date :

Signature du médecin