

## Constitution de vos dossiers administratif et d'inscription à l'examen

**Les documents figurant sur la liste ci-dessous sont à remettre au secrétariat pédagogique du CDFAA**  
**Bien respecter les délais et le nombre d'exemplaires à fournir**  
 L'attestation de l'inscription dans l'Etablissement vous sera remise qu'à réception de l'ensemble de ces pièces administratives.

Légende	Documents à fournir par TOUS les apprentis AVANT ENTREE EN FORMATION	Dossier Administratif			Dossier Examen		
		Nombre d'exemplaires	Fournis	Reste à fournir	Nombre d'exemplaires	Fournis	Reste à fournir
	L'autorisation de traitement médical et d'intervention chirurgicale et la fiche de santé fournie avec ce dossier (recto- verso) <b>complétée (ce document est confidentiel, il est indispensable à l'infirmière de l'établissement pour intervenir dans les meilleures conditions qui soient).</b>	1					
	Le certificat médical joint, complété par le médecin traitant accompagné d'une photocopie des certificats de vaccination (BCG, variole, diphtérie, tétanos poliomyélite)	1					
	Photocopie de l'attestation et de la carte d'assuré social de l'apprenti (e).	1			1		
	Un relevé d'identité postal ou bancaire de l'apprenti(e) Un relevé d'identité bancaire des parents.	1 1					
	<b>Si vous souhaitez le prélèvement automatique de la pension, veuillez compléter le document prévu à cet effet (bleu) ci-joint. Tout changement de régime devra faire l'objet d'une autorisation écrite au préalable et signée du Directeur. Tout trimestre commencé sous un régime sera dû</b>	1					
	Fiche d'autorisation <u>Pour les apprentis majeurs, utilisant un véhicule, joindre :</u>	1					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Copie de la carte grise du véhicule</li> <li>- Copie du permis de conduire.</li> <li>- Attestation d'Assurance Automobile, attestant l'autorisation du transport de tiers personnes et leur couverture par l'assurance, dans le cadre de l'activité professionnelle.</li> </ul>	1 1 1					
	Déclaration d'assurance de responsabilité civile à faire compléter par l'assureur	1					

	Fiche de renseignements « Concernant la famille »	1					
	Candidature à l'élection des représentants des parents d'apprentis	2					
	Autorisation droit à l'image (recto-verso)	1					
	Photo d'identité récente	1					
	<b>Pièces relatives à l'inscription aux examens (A noter pour les formations CAPa – BP – BPA – BP JEPS - CS – DEAES ces pièces sont à fournir dans un délai de 3 mois à compter de la date d'entrée en formation)</b>						
	- Copie recto verso de la carte d'identité	1				1	
	- Attestation du recensement militaire ou de la Journée d'Appel à la Défense	1				1	
	- Avis d'aménagement des épreuves délivré par la MDPH si handicap reconnu + Copie contrat d'apprentissage	1				1	
	- Dispense EPS si permanente avec un certificat médical	1				1	
	Bulletin d'adhésion à l'ALESA (non obligatoire) ci-joint.	1					
	Fiche de renseignements « Structure et Maître d'apprentissage »	1					

## FICHE SANTE



NOM DE L'APPRENTI(E).....  
Classe : .....

Ce document confidentiel, à remplir dans l'intérêt de l'apprenti(e), est à joindre au dossier sous pli cacheté à l'intention de l'infirmière de l'établissement.

Si vous souhaitez aborder un point particulier concernant la santé de votre enfant, vous pouvez prendre rendez-vous avec le Directeur du CFA et l'infirmière de l'établissement.

### 1. Maladies de l'enfance (dates) :

Coqueluche : .....

Rubéole : .....

Oreillons : .....

Scarlatine : .....

Rougeole : .....

Varicelle : .....

### 2. Autres maladies (dates) :

.....

.....

Accidents :

.....

.....

### 3. L'apprenti(e) a-t-il (elle) subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? Lesquelles ? (Dates) :

.....

.....

### 4. L'apprenti(e) est-il atteint d'une maladie nécessitant un traitement spécial ? Indiquer les traitements déjà effectués et le traitement suivi :

Albuminurie : .....

Diabète : .....

Asthme : .....

Eczéma : .....

Pertes de connaissance : .....

Epilepsie : .....

Cardiopathie : .....

Rhumatisme articulaire aigu : .....

Hépatite virale : .....

5. Autres traitements en cours : .....

.....

### 6. Réactions allergiques médicalement ou alimentaires (donner des renseignements précis) :

.....

### 7. La pratique de certains sports est-elle interdite au candidat ? Lesquels ?

.....

8. Observations particulières : .....

A....., le.....

Signature du responsable légal ou de l'apprenti(e) majeur(e)

Remplir le verso 

### Rappels importants

- En cas de traitement médical à suivre dans l'établissement, les médicaments seront remis à l'infirmière avec un duplicata l'ordonnance
- Nous ne sommes pas habilités à transporter ou récupérer les apprenti(e)s hospitalisé(e)s

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

Adresse complète :.....

Code Postal : ..... Commune : .....

Téléphone : .....

Nom, prénom de l'apprenti(e) :.....Né(e) le : .....

Groupe sanguin : .....

Nom du médecin de famille :.....Téléphone : .....

Autorise l'administration de l'établissement à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par le médecin d'internat ou son remplaçant et à prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une opération chirurgicale d'urgence (y compris l'anesthésie) ou pour une hospitalisation (2).

Je souhaite, toutefois, dans la mesure du possible :

A - 1° Que mon enfant soit admis à l'hôpital ou à la clinique (3).....

Adresse :.....Téléphone :..... 2° Que l'on fasse

appel au chirurgien (4) M..... Adresse

:.....Téléphone : .....

B - Je laisse l'administration de l'établissement libre de choisir le chirurgien et l'hôpital (2)

Je m'engage à régler moi-même les honoraires et frais engagés

Eventuellement, en cas de nécessité extrême (accident très grave ou autre), souhaitez-vous que l'on fasse intervenir un ministre de culte ? Lequel ? .....

A.....le.....

Signature du responsable légal ou de l'apprenti(e) majeur(e)

### **IMPORTANT**

A. Si nous n'avez pas personnellement le téléphone, à quels numéros de téléphone peut-on vous joindre ?

Nom de la personne (voisin...) : ..... Téléphone : .....

Nom de la personne (lieu de travail) : ..... Téléphone : .....

B. En cas de besoin, correspondant à prévenir : Nom : .....

Téléphone : ..... Adresse : .....

C. Numéro d'immatriculation du responsable légal ou de l'apprenti(e) (1) :

- A la Sécurité Sociale
- A la Mutualité Sociale Agricole

- Autres, à préciser : .....

Assurance complémentaire chirurgicale : .....

Nom de la caisse ou de la mutuelle : .....

N° d'immatriculation : .....

(1) Mentionnez votre situation

(2) L'hospitalisation se fera dans l'hôpital auquel l'établissement est rattaché (GUERET)

(3) L'hôpital ou la clinique doivent être situés dans la commune où se trouve l'établissement scolaire ou dans une commune proche

(4) Dans la mesure où l'établissement de soins peut faire appel à ce praticien et à condition que la spécialité de celui-ci réponde à la nature de l'intervention chirurgicale.



## CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné(e), ....., Docteur en médecine, certifie que l'apprenti(e) :

NOM : .....Prénom : .....

né(e) le ..... à .....

Est apte

À la pratique de l'éducation physique et sportive (1)

Est inapte \*

\* En cas d'inaptitude de longue durée, fournir un certificat de la médecine du travail.

A....., le .....

(1) Rayer la mention inutile

Madame, Monsieur

Vous avez la possibilité de régler la pension de votre enfant soit par carte bancaire sur le site internet [ahun.educagri.fr](http://ahun.educagri.fr), onglet « paiement en ligne » (la facture est à régler à réception) soit par prélèvement automatique (le montant de la pension est prélevé sur votre compte bancaire sur 10 mois).

Si vous choisissez le prélèvement automatique, je vous demande de bien vouloir m'adresser par retour du courrier, le coupon ci-dessous et l'autorisation de prélèvement ci-jointe ainsi que votre **Relevé d'Identité Bancaire original**. Une autorisation de prélèvement doit être réalisée par année scolaire. Elle n'est valable qu'un an. Elle n'est pas reconductible.

Les prélèvements s'effectueront le 10 de chaque mois sur une période de **8 mois – novembre à juin**. - En fonction de l'évolution des tarifs, le montant du prélèvement sera ajusté.

Après deux échéances rejetées, faute d'approvisionnement de votre compte, votre échéancier de prélèvement sera résilié.

Dès l'enregistrement de votre dossier nous vous transmettrons un échéancier.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

L'Agent Comptable de l'EPLEFPA,

D.GOURDON.

---

Coupon à renvoyer



NOM et Prénom de l'Elève :

Classe :

NOM et PRENOM DU TITULAIRE DU COMPTE

Adresse :

Première demande (1) Ou Reconduction (1)

Je souhaite adhérer au prélèvement mensuel (1)

Je souhaite adhérer au prélèvement trimestriel (1)

**Ne pas oublier de joindre un RIB complet (BIC – IBAN)**

(1) Rayer la mention inutile



## FICHE D'AUTORISATION

NOM : ..... PRENOM : .....

Je soussigné(e), le responsable légal de l'apprenti(e) mineur(e) ou majeur(e) (1) (l'apprenti(e) n'est concerné(e) que par les rubriques 1, 6, et 8)

1 – Autorise, n'autorise pas (1) mon fils, ma fille (1) à sortir dans les conditions fixées dans le règlement intérieur (non accompagné(e) et sans surveillance).

2 – Autorise, n'autorise pas (1) mon fils – ma fille (1) à quitter l'établissement pour se rendre à mon domicile ou chez l'un des correspondants ci-dessous désignés, le vendredi à partir de 12 heures et lors des congés et jours fériés ;

M..... à .....(2)

M..... à .....(2)

M..... à .....(2)

3 – Autorise, n'autorise pas (1) mon fils – ma fille (1) à participer aux sorties culturelles et sportives non obligatoires.

4 - Autorise, n'autorise pas (1) mon fils – ma fille (1) à sortir spécifiquement pour les motifs suivants :

.....  
.....

5 – Cas d'un(e) apprenti(e) mineur(e) : adresse ou l'apprenti(e) se rendra habituellement en quittant l'établissement, le vendredi à 12 heures et lors des congés et jours fériés (nécessaire pour la couverture en cas d'accident de trajet)

.....  
.....

6 - Autorise, n'autorise pas (1) mon fils – ma fille (1) à utiliser une bicyclette – un vélomoteur (1) pour se rendre au CFA, et note qu'il devra se conformer, pour leur utilisation, aux prescriptions qui lui seront données en matière de stationnement et d'antivol. L'établissement est déchargé de toute responsabilité en cas de préjudice pouvant survenir à ce véhicule dans son enceinte.

7 – Cas d'un(e) apprenti(e) majeur(e) : Je déclare utiliser un véhicule automobile immatriculé

.....  
et devrai me conformer aux prescriptions mentionnées ci-dessus en matière de stationnement.

A....., le .....

Précéder la mention de "lu et approuvé"

Signature des représentants légaux ou de l'apprenti majeur



## DECLARATION D'ASSURANCE

NOM : ..... PRENOM : .....

Nom, Prénom du responsable légal ou de l'apprenti(e) majeur(e) : .....

Adresse : .....  
.....

Déclare mon fils – ma fille (1) être garantie(e) contre les risques mentionnés ci-dessous pour la durée de l'année scolaire 20..... – 20....., par une assurance de responsabilité civile, souscrite auprès de :

Nom de la compagnie d'assurances : .....

Agence : .....

Adresse : .....

Police n° : .....

Risques : responsabilité civile, en particulier par rapport :

- Au matériel
- Au matériel du Maître d'apprentissage

Risques individuels, en particuliers (1) :

- En activités sportives volontaires (ASSU – Challenges)
- Bris de lunettes
- Dommages aux prothèses
- Dommages dentaires

Activités sportives spéciales (1) :

- Judo, escalade (moins de 2 500 m, voile, cyclotourisme, rugby)

Vu et certifié exact

A ....., le.....

Nom, signature et cachet de l'assureur

A ....., le .....

Signature du responsable légal ou de l'apprenti(e) majeur(e)

(1) Rayer les mentions inutiles

(2) Les risques corporels liés à la vie scolaire sont couverts par l'état (loi du 16 juillet 1976) ; Peuvent être couverts par des assurances individuelles les autres risques tels que responsabilité civile, dégâts matériels, ...

NOM : ..... PRENOM : .....



### Candidature à l'élection des représentants des parents d'apprentis

Les parents d'apprentis peuvent participer à la vie de l'établissement : - en participant au bilan semestriel de formation des apprentis,

- en qualité de représentant élu au Conseil de Perfectionnement du CFA (Le conseil de perfectionnement est une instance consultative, saisie pour avis des questions relatives à l'organisation et au fonctionnement du centre. Il se réunit trois fois par an. Les parents d'apprentis disposent de 2 sièges au sein de ce conseil).

- en qualité de représentant élu au Conseil d'administration de l'Etablissement Public Local d'Enseignement et de Formation Professionnelle Agricole (Lycée, CFA, CFPPA, Exploitation) d'Ahun (Le conseil d'administration est l'organe qui gère la vie de l'établissement. Il se réunit trois fois par an. Les parents des élèves et apprentis disposent de deux sièges au sein de ce Conseil).

**Afin de recenser les candidatures à l'élection des représentants des parents d'apprentis aux conseils précités, soit à titre individuel, soit au titre d'une association de parents d'élèves, je vous remercie de me retourner le présent document complété.**

Dans l'attente de connaître vos intentions, je reste à votre disposition pour de plus amples informations et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sincères salutations.

La Directrice du CDFAA

M. BERNUSSOU

---

### Candidature à l'élection des représentants des parents d'apprentis

NOM : .....Prénom : .....

Né(e) le : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Déclare être candidat à l'élection des représentants des parents d'apprentis :  Titulaire  Suppléant(e)

Au conseil de perfectionnement du CDFAA de la Creuse,

Au conseil d'administration de l'EPLEFPA d'Ahun

N'est pas candidat à l'élection des représentants des parents d'apprentis.

A....., le .....  
Signature



## RENSEIGNEMENTS concernant LA FAMILLE

### RESPONSABLE LEGAL :

Père

Mère

Autre (famille d'accueil, ASEU)

**Situation familiale :**  mariés  séparés  divorcés  veuf (ve)  concubinage/pacs

### PERE :

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

N° téléphone fixe : ..... ① Numéro de portable : .....

Adresse mail : .....

Profession : .....

Nom - Adresse employeur : .....

N° téléphone : .....

### MERE :

Nom - Prénom : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

N° téléphone fixe : ..... ① Numéro de portable : .....

Adresse mail : .....

Profession : .....

Nom - Adresse employeur : .....

N° téléphone : .....

### SI PARENTS SEPARES

Envoi courriers/bulletins,  oui

etc. aux 2 parents  non (fournir justificatif, par exemple : jugement de divorce)

**En cas d'urgence, indiquer le(s) nom(s) des personnes pouvant être contactées :**

NOM : ..... Lien éventuel de parenté : .....

N° téléphone .....



## DROIT A L'IMAGE

### AUTORISATION DE CESSION DE DROIT A L'IMAGE

(Mineur)

Je soussigné (e) .....  
.....  
.....

Tél : ...../...../...../...../...../

Autorise l'enregistrement vidéo ou à photographier l'image de mon enfant mineur dont le nom suit :  
.....

Dans le cadre de sa formation organisé par le Centre de Formations pour Apprentis Agricole de la Creuse, sous l'autorité de la Direction de celui-ci.

J'autorise le Centre de Formations pour Apprentis Agricole de la Creuse à conserver son image pour une durée illimitée, à la reproduire, à la diffuser dans le cadre de ses activités de communication sur tous supports et par tous les moyens : tirages, affiches, utilisations audiovisuelles, télévisuelles, expositions en intérieur et en extérieur, édition, publications dans la presse, magazines, plaquettes, brochures, projections d'images, spectacles, Internet, etc....

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)



## DROIT A L'IMAGE

### AUTORISATION DE CESSION DE DROIT A L'IMAGE

(Majeur)

Je soussigné (e) .....  
.....  
.....

Tél : ...../...../...../...../...../

Autorise l'utilisation de mon image (vidéo ou photographique) dans le cadre de ma formation organisé par le Centre de Formations pour Apprentis Agricole de la Creuse, sous l'autorité de la Direction de celui-ci.

J'autorise le Centre de Formations pour Apprentis Agricole de la Creuse à conserver mon image pour une durée illimitée, à la reproduire, à la diffuser dans le cadre de ses activités de communication sur tous supports et par tous les moyens : tirages, affiches, utilisations audiovisuelles, télévisuelles, expositions en intérieur et en extérieur, édition, publications dans la presse, magazines, plaquettes, brochures, projections d'images, spectacles, Internet, etc....

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé »)

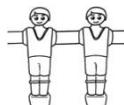
# Association des Lycéens, Etudiants, Stagiaires et Apprentis

## L'ALESA c'est :



- Une association loi 1901 gérée par des apprenants élus pour tous les apprenants de l'établissement
- Des valeurs : vivre ensemble, partage, convivialité, respect...
- La possibilité de valoriser cette expérience citoyenne et obtenir des points supplémentaires pour le bac
- Des tarifs préférentiels sur toutes les activités pour les adhérents

## L'ALESA dispose :



- D'un foyer (mis à disposition par l'établissement)
- De billards, baby-foot, télévision, jeux de société...

## L'ALESA propose :



- Des projections de films
- Des sorties : Patinoire, Laser game, Trampoline Park, Accrobranches, Karting...
- Des soirées : Loto, Tombola, Boom...

## L'ALESA c'est aussi :



- L'organisation des photos scolaires
- Des ventes de boissons et de confiseries

Le montant de l'adhésion est fixé à **15 euros** pour l'année scolaire

Le bureau de l'ALESA



**BULLETIN D'ADHESION à L'ALESA**  
(à retourner avec le dossier d'inscription)



**Nom-Prénom :**

- Etudiant    Lycéen    Apprenti    Stagiaire

**Classe :**

- Cotisation réglée par chèque (à l'ordre de : ALESA)  
 Cotisation réglée en liquide

**Signature :**



## RENSEIGNEMENTS STRUCTURE

Dénomination de l'entreprise ou de l'exploitation : .....

.....

Activité principale : .....

 Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

Nom – Prénom du Responsable : .....

 N° de téléphone fixe : .....  N° de portable : .....

 Adresse mail : .....

Nom de la société d'assurance : .....

 Adresse : .....

Code Postal : ..... Commune : .....

N° contrat d'assurance : .....

Remplir le verso 

## RENSEIGNEMENTS MAITRE D'APPRENTISSAGE



1 - Nom – Prénom du Maître d'apprentissage : .....

 N° de téléphone fixe : .....  N° de portable : .....

 Adresse mail : .....

2 - Nom – Prénom du Maître d'apprentissage : .....

 N° de téléphone fixe : .....  N° de portable : .....

 Adresse mail : .....

Avez-vous déjà été Maître d'apprentissage ?

oui, pour quel diplôme préparé : .....

non, souhaitez-vous participer à une journée pour vous former à cette fonction ? .....