

DOSSIER D'INSCRIPTION BTS

Documents à consulter sur le site du lycée (www.lyceeagricolepamiers.fr)

- * Horaires de la rentrée scolaire
- * **Règlements intérieurs Lycée et Exploitation Agricole**
- * Prestations (frais de pension et frais divers)
- * **Charte d'utilisation du matériel informatique et d'internet**
- * Liste de logements sur Pamiers et environs

Dossier à retourner par mail à legta.pamiers@educagri.fr ou à déposer au lycée

Pièces à fournir	Documents à remplir	Documents facultatifs à joindre au dossier
EXEAT ou Certificat de fin de scolarité (à demander à l'établissement d'origine)	Fiche de renseignements	Fiche de renseignement concernant les déplacements avec le véhicule personnel (avec copie de la carte grise)
Relevé de notes du bac		
Copie du livret de famille		
Attestation d'assurance scolaire (année N+1)	Dossier médical : fiche urgence médicale et fiche de santé + demande d'aménagement d'épreuve (si demande de mise en place)	Un certificat médical détaillé si dispense temporaire ou à l'année
Copie d'une pièce d'identité		
RIB		
3 enveloppes timbrées au format 114 x 229 mm (sans adresse)		Inscription à l'association culturelle

Rappel : Les bourses des étudiants sont gérées exclusivement par les services du CROUS

Veuillez noter que les certificats de scolarité pourront être délivrés à partir de la rentrée uniquement après réception du dossier d'inscription complet

Je soussigné(e) autorise l'établissement à utiliser les images de (NOM, Prénom) en classe de) prises lors d'activités de l'Établissement, pour tout usage de communication propre à ce dernier.

☐ OUI ☐ NON

☐ J'atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur, de ses annexes et de la charte informatique.

☐ Je certifie l'exactitude des renseignements fournis et j'atteste la validation de l'ensemble des pièces du dossier d'inscription.

Date :

Signature de l'étudiant majeur ou du responsable légal
(Précédée de la mention « lu et approuvé »)

FICHE DE RENSEIGNEMENTS - INSCRIPTION BTS

Étudiant :

Nom : Prénom : Sexe : M ☐ F ☐

Né(e) le : à : Nationalité :

Adresse du logement étudiant :

Code Postal Ville :

N° téléphone : E-mail :

L'étudiant est son propre responsable ☐

Régime : Demi-pensionnaire ☐ Externe ☐ LV1: Anglais ☐ Espagnol ☐

Attention : l'établissement n'héberge pas les étudiants (voir liste logements)

Pour les boursiers , il est indispensable de fournir au service administratif la notification de bourse du CROUS

	Marié : <input type="radio"/>	Pacsé : <input type="radio"/>	Concubin : <input type="radio"/>	Célibataire : <input type="radio"/>	Divorcé : <input type="radio"/>	Veuf : <input type="radio"/>
Responsable n°1	Nom <input type="text"/>			Profession : <input type="text"/>		
	Prénom <input type="text"/>					
	Adresse : <input type="text"/>			Tél Portable : <input type="text"/>		
				Tél. Domicile : <input type="text"/>		
Père <input type="radio"/>	C.P./Commune : <input type="text"/>			Tél. Travail : <input type="text"/>		
Mère <input type="radio"/>	E-mail : <input type="text"/>					
Autre <input type="radio"/>						
Responsable n°2	Nom <input type="text"/>			Profession : <input type="text"/>		
	Prénom <input type="text"/>					
	Adresse : <input type="text"/>			Tél Portable : <input type="text"/>		
				Tél. Domicile : <input type="text"/>		
Père <input type="radio"/>	C.P./Commune : <input type="text"/>			Tél. Travail : <input type="text"/>		
Mère <input type="radio"/>	E-mail : <input type="text"/>					
Autre <input type="radio"/>						

Année scolaire	Classe	Nom des établissements	Code Postal	Commune	Diplôme obtenu
N-1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N-2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	Père	Mère	Autre
Bulletins :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facturation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FICHE DE SANTÉ CONFIDENTIELLE

Nom de l'élève : Prénom :

Classe : Régime : INT ☐ DP ☐ EXT ☐

Date de Naissance : Lieu de naissance :

Sexe : M ☐ F ☐

Numéro d'inscription à la sécurité sociale de l'élève :

Joindre la photocopie de la carte vitale de l'élève

Adresse complète de l'élève:

Numéro de téléphone portable de l'élève :

Personnes à prévenir (cocher le représentant légal) :

Mère ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tel domicile :

Tel travail :

Portable :

Père ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tel domicile :

Tel travail :

Portable :

Autre en cas de besoin ☐

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Tel domicile :

Tel travail :

Portable :

MÉDECIN DE FAMILLE

Nom :

Téléphone :

Adresse :

Code postal :

Ville :

ANTÉCÉDENTS

Interventions chirurgicales :

Existe-t-il un déficit :

☐ Auditif

☐ Visuel

☐ Moteur : A-t-il des difficultés à se déplacer ?

☐ Oui

☐ Non

Port de prothèses ?

☐ Oui

☐ Non

Présente –t-il des allergies :

☐ Alimentaire, lesquelles

☐ Autres allergies, lesquelles

Est-il atteint d'un trouble spécifique du langage (dyslexie, dysorthographe) ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui lequel

A-t-il déjà bénéficié d'un :

☐ P.P.S.

☐ P.A.P.

☐ P.A.I.

Autre Aménagement lequel ? :

Pour tout aménagement joindre l'infirmière de l'établissement au 05.34.01.38.06 ou par mail : lucie.romet@educagri.fr

Établissement d'origine de l'élève et classe :

Est-il ?

☐ Spasmophilie

☐ Porteur d'une maladie chronique entraînant des difficultés au quotidien

Asthme :

Diabétique :

Épilepsie :

Autre :

A –t-il un traitement particulier :

☐ Oui Lequel :

☐ Non

Les médicaments prescrits par le médecin, à prendre sur temps scolaire, doivent être déposés à l'infirmerie avec une copie de l'ordonnance.

☐ Soit l'enfant gère seul son traitement, les parents devront alors signaler la décharge de responsabilité

☐ Soit le traitement est déposé à l'infirmerie avec une copie de l'ordonnance

Si vous souhaitez rencontrer l'infirmière vous pouvez la joindre au 05.34.01.38.06 ou par mail : lucie.romet@educagri.fr

FICHE D'URGENCE MÉDICALE

Document non confidentiel valable dans l'enceinte du lycée ou lors des différents déplacements en France et/ou à l'étranger.

Nom de l'élève : Prénom :

Classe : Régime : INT ☐ DP ☐ EXT ☐

Date de Naissance : Lieu de naissance :

Sexe : M ☐ F ☐

Numéro de portable de l'élève :

Personnes à prévenir (cocher le représentant légal) :

Mère <input type="checkbox"/>	Père <input type="checkbox"/>	Autre en cas de besoin <input type="checkbox"/>
Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>	Nom : <input type="text"/>
Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>	Prénom : <input type="text"/>
Adresse : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Adresse : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Code Postal : <input type="text"/>	Code Postal : <input type="text"/>	Code Postal : <input type="text"/>
Ville : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>	Ville : <input type="text"/>
Tel domicile : <input type="text"/>	Tel domicile : <input type="text"/>	Tel domicile : <input type="text"/>
Tel travail : <input type="text"/>	Tel travail : <input type="text"/>	Tel travail : <input type="text"/>
Portable : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>	Portable : <input type="text"/>

Adresse de l'élève si différente :

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant :

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

Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :

Joindre une photocopie des vaccinations avec le nom de l'élève.

En cas d'urgence, le médecin régulateur du SAMU oriente l'élève ou l'étudiant 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'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un parent ou d'un représentant légal.

FICHE DE DEMANDE D'AMÉNAGEMENT D'ÉPREUVES

A ne remplir qu'en cas de demande **Pour les élèves en situation de handicap**

Comme le prévoit la loi 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées; votre enfant peut bénéficier d'aménagements de ses conditions de travail ainsi que des conditions d'examen.

1- Le PPS : Projet Personnalisé de Scolarisation.

Le PPS fait suite à une décision de la MDPH de votre département (Maison Départementale Pour le Handicap) pour lequel l'enseignant référent de l'éducation nationale organisera avec l'établissement et la famille les modalités nécessaires pour une compensation du handicap.

2- Le PAI : Projet Accompagnement Individualisé

Le PAI permet aux élèves atteints de maladies chroniques, d'allergies et d'intolérance alimentaire de suivre une scolarité normale. Ce document écrit précise pour les élèves durant les temps scolaires et périscolaires les traitements médicaux et/ou les régimes spécifiques liés aux intolérances alimentaires.

3- Le PAP : Plan d'accompagnement personnalisé

Le PAP permet à tous les élèves présentant des difficultés scolaires durables en raison d'un trouble des apprentissages de bénéficier d'aménagement et d'adaptation de nature pédagogique.

Attention : Le PAP ne peut pas comporter de décisions qui relèvent de la commission des droits à l'autonomie des personnes handicapées (C.D.A.P.H) comme l'attribution d'un matériel pédagogique adapté ou l'aide humaine.

FICHE DE DEMANDE D'AMÉNAGEMENT D'ÉPREUVES

**Projet Personnalisé de Scolarisation - PPS
Projet Accompagnement Individualisé - PAI
Plan d'Accompagnement personnalisé - PAP**

Je soussigné (nom, prénom, du responsable légal) :

Responsable de l'élève ou étudiant :

Nom Prénom

Classe Date de naissance

Informe le Chef d'Établissement :

- ☐ de l'existence d'un PPS pour mon enfant
- ☐ souhaite faire une démarche auprès de la MDPH pour la mise en place d'un PPS
- ☐ souhaite faire une demande de PAP
- ☐ souhaite faire une demande de PAI

Pour toute demande joindre :

- 1- un certificat médical de votre généraliste ou de votre spécialiste précisant le type de handicap, le traitement suivi et/ou les aménagements nécessaires
- 2- une copie des aménagements antérieurs (PAP, PPS ou PAI.)
- 3- Les bilans (orthophonique, psychomotricité, psychologue ou médecin spécialisé)

Vous pouvez directement envoyer ces documents à l'infirmière du lycée par mail : lucie.romet@educagri.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES DÉPLACEMENTS AVEC UN VÉHICULE PERSONNEL

NOM : Classe :

Prénom :

Véhicule :

Marque : Type :

N° Immatriculation :

Carte Grise : **(joindre une photocopie)**

Assurance : **(joindre une photocopie)**

Nom de la compagnie d'assurance :

N° de Police :

Adresse de la Compagnie d'assurance :

Transport de Tiers autorisé OUI ☐ NON ☐

Permis de Conduire :

N° du permis :

Obtenu le :

Délivré par :