

INFORMATIONS DESTINEES AU SERVICE VIE SCOLAIRE

ANNEE SCOLAIRE 2024 – 2025

SITUATION DE L'ETUDIANT

Nom, Prénom :

Né (e) le à

Département : Nationalité :

N° téléphone portable : Adresse mail :

En classe de : Filière :

Régime : EXTERNE DEMI-PENSIONNAIRE INTERNE/EXTERNE*
(*3 repas pris au lycée)

VEHICULE ELEVE MAJEUR

Marque : Couleur :

Immatriculation :

L'établissement est dégagé de toute responsabilité en cas de préjudice pouvant affecter ce véhicule dans l'enceinte du lycée.

Les élèves et étudiants doivent garer leurs véhicules sur les parkings qui leurs sont attribués à savoir le long du canal côté gymnase.

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ETUDIANT

Père Mère Tuteur Autre (préciser) :

Situation familiale des parents :

Mariés Divorcés Célibataire Veuf Concubinage

PACS Autre cas (préciser)

Adresse (s) du ou des responsables où doivent être envoyées les correspondances :

.....
.....

2^{ème} adresse pour parents séparés (discipline, bulletins scolaires) :

.....
.....

Profession : Père Mère

Téléphone - domicile : - domicile :
- travail : - travail :
- portable : - portable :
- mail : - mail :

Information particulière que vous souhaiteriez porter à la connaissance du service vie scolaire :

.....
.....

ENGAGEMENTS/AUTORISATIONS

Responsable légal de l'étudiant	Etudiant majeur
Je soussigné(e) (nom, prénom)	Je soussigné(e) (nom, prénom)
représentant(e) légal(e) de l'étudiant	Inscrit en classe de

Autorisation de droit à l'image

- Autorise la prise de vue et l'utilisation d'images de mon enfant dans le cadre strict des activités pédagogiques et éducatives (sorties, voyages, compétitions sportives, Journée portes ouvertes, chantiers écoles, trombinoscope) quelque soit le support utilisé (vidéos, internet, papier etc).

oui

non

Respect de la charte informatique

- Reconnaît avoir pris connaissance de la charte informatique du Lycée H.BASSALER, et m'engage à la respecter (élèves majeurs) ; ou la faire respecter par mon enfant (élèves mineurs).

oui

non

Autorisation boîte électronique

- Autorise la création et l'utilisation d'une boîte électronique dans le cadre d'activités scolaires.

oui

non

Autorisation dans le cadre des activités de l'ALESA et l'AS

- Participe aux activités de l'ALESA et de l'AS du LEGTA de Brive-Voutezac (en soirée ou en journée : spectacles de théâtre, de musique, de cinéma ou de sorties sportives ...).

oui

non

Autorisation de sortie pédagogique

- Autorise à participer aux sorties pédagogiques organisées par le lycée pour la présente année scolaire et déclare avoir souscrit une assurance responsabilité civile et garantie individuelle (photocopie à donner dès la

oui

non

Accusé de réception du Règlement Intérieur de l'Etablissement

- Reconnaît avoir pris connaissance du Règlement Intérieur et m'engage à le respecter ou à le faire respecter par mon enfant (élèves mineurs).

Le :

Signature du responsable légal

Signature de l'étudiant

FICHE D'ENGAGEMENT FINANCIER

À remplir par toute personne se portant garant du paiement des frais liés à l'hébergement/restauration/scolarité, quel que soit le régime choisi.

(Responsable légal / garant financier n°1)

Je soussigné(e) (NOM en majuscules et prénoms usuels) :

Père Mère Etudiant Autre :

Date de naissance : Lieu de naissance :

Adresse complète :

Code postal : Commune :

N° de Téléphone fixe : N° de Téléphone portable :

Adresse mél :

Profession :

Nom de votre employeur :

Adresse de votre employeur :

M'engage à payer les frais d'hébergement/restauration et autres frais liés à la scolarité de :

NOM : Prénom :

Régime : Interne Demi-pensionnaire Interne-externé Externe

Classe / Formation :

En totalité

Règlement à 50 % des frais avec le responsable légal n°2, en cas de séparation ou divorce **(Si oui, merci au responsable légal n°2 de remplir une deuxième fiche d'engagement.)**.

Soit par prélèvement mensuel : (remplir le mandat SEPA en page 2 et **joindre votre RIB**)

(Le prélèvement automatique mensuel est le moyen de paiement privilégié par l'établissement. Le nom du garant sur cette fiche doit être identique au nom du titulaire du compte à débiter)

Soit sur présentation trimestrielle de la facture et paiement :

- par virement bancaire sur le compte de l'établissement (références ci-dessous)

IBAN : FR76 1007 1190 0000 0010 0510 280 BIC : TRPUFRP1 Domiciliation : TPTULLE

- par CB sur le site internet de l'établissement :

campusduvegetal.fr, Rubrique « vie scolaire », cliquez sur le logo « paiement en ligne »

- par chèque bancaire ou postal libellé à l'ordre de l'Agent Comptable

Et avoir pris connaissance de tous les tarifs liés aux différentes prestations.

Le parent qui perçoit les bourses nationales s'engage à payer tous les frais.

À défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement en soit poursuivi, conformément à la réglementation en vigueur.

Signature du responsable légal n°1 :

A

Le



**Tournez SVP pour
le prélèvement**

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA DU RESPONSABLE N°1
Autorisation de prélèvement mensuel automatique

pour paiement des frais d'hébergement/restauration et frais de scolarité

Référence unique du mandat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez l'agent comptable de l'EPLA de BRIVE-VOUTEZAC à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de l'agent comptable de l'EPLA DE BRIVE-VOUTEZAC. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée, dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

**IDENTIFIANT CREANCIER
SEPA**

FR 09 222 558 568

DESIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE A DEBITER

Nom - prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Tél :

Mél :

DESIGNATION DU CREANCIER

Nom :
AGENT COMPTABLE – EPLA DE BRIVE-VOUTEZAC

Adresse :
23 Murat

Code postal : **19130** Ville : **VOUTEZAC**

NOM - PRENOM DE L'ELEVE OU ETUDIANT : **CLASSE / FORMATION :**

REGIME : INTERNE DEMI-PENSIONNAIRE INTERNE-EXTERNE EXTERNE

BOURSIER : OUI: NON: **LOYER :** OUI: NON

DESIGNATION DU COMPTE A DEBITER

AGRAFER VOTRE RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

(AU FORMAT EUROPEEN IBAN BIC)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Première demande ou Reconduction

- Mensuel : le 10 de chaque mois (à partir d'octobre)

Signé à :

Le (JJ/MM/AAAA) :

Signature obligatoire :

.....

Rappel :

Afin d'éviter tout incident de paiement, votre compte doit être suffisamment approvisionné aux dates de prélèvements prévues par l'échéancier

En cas de litige sur un prélèvement, une suspension peut être demandée à la banque. Le restant du devra être directement réglé à l'agent comptable de l'EPLA DE BRIVE VOUTEZAC.

ANNEE SCOLAIRE 2024/2025

Les informations contenues dans la fiche d'engagement et le présent mandat, qui doivent être complétés, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client, conformément au règlement général de la protection des données de l'établissement. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'opposition, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Fiche de renseignements infirmiers - CONFIDENTIEL

Année scolaire : 2024 / 2025

APPRENANT

Nom (en majuscules) :

Prénoms :

Classe : **Filière :**

Date de naissance :/...../..... **Né(e) à :** **Département :**

Pays : **Majeur(e) :** oui non

Adresse :

.....

CHEZ : Parents Mère Père garde alternée Autre parent, précisez :

En foyer, précisez la structure

Famille d'accueil

Autonome

Autre situation.....

Numéro de téléphone de l'élève : / / / /

Régime : interne Demi-pensionnaire Externe

Nouvel arrivant dans l'établissement scolaire pour la rentrée de septembre

Changement de région académique pour la rentrée de septembre

RESPONSABLES LEGAUX/ PERSONNES A PREVENIR

PERE

NOM ET PRENOM :

Numéro de portable :/...../..... /...../.....

Numéro professionnel :/...../..... /...../.....

MERE

NOM ET PRENOM :

Numéro de portable :/...../..... /...../.....

Numéro professionnel :/...../..... /...../.....

FAMILLE D'ACCUEIL

Nom et Prénom du tuteur :

Numéro de portable :/...../..... /...../.....

Numéro du domicile :/...../..... /...../.....

AUTRE PERSONNE REFERENTE

Préciser :

NOM ET PRENOM :

Numéro de portable :/...../..... /...../.....

Numéro professionnel :/...../..... /...../.....

Information complémentaire à porter à la connaissance de l'infirmière scolaire pour une prise en charge optimale

Personne à prévenir en premier :

Situation particulière :

NOM et numéro de téléphone du médecin traitant :

Numéro de sécurité sociale de l'apprenant :

Nom et numéro de la Mutuelle :

Date du dernier vaccin antitétanique :

Joindre les photocopies de la sécurité sociale, de la mutuelle (où l'apprenant apparaît) et du carnet de santé (partie vaccinations).

Antécédents médicaux et chirurgicaux :

.....

Maladie(s) chronique(s) :

→ Maladie(s) chronique(s) nécessitant UN PROJET D ACCUEIL INDIVIDUALISE (P.A.I.): oui non

Professionnel de santé qui suit l'apprenant pour cette pathologie :

Veillez compléter le document « Le Projet d'accueil Individualisé : PAI » partie 2b signé par le médecin traitant de l'apprenant ainsi que le Certificat Médical d'Inaptitude.

→ Antécédent ou pathologie au long cours nécessitant une dispense partielle ou totale d'activité physique et sportive : oui non

Les documents sont à joindre au dossier d'inscription ou à me remettre dès la rentrée scolaire.

FICHE D'URGENCE

Document non confidentiel, à disposition de la vie scolaire et appelé à accompagner l'apprenant lors des sorties

2024-2025 VIE SCOLAIRE	Nom : Prénom : Date de naissance : Classe : Régime : <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> DP <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Interne/externé Portable :
---	---

Adresse de l'apprenant	
<i>Code postal</i>	<i>Commune</i>
<i>Garde alternée 2eme adresse</i>	
<i>Situation familiale</i>	Vit chez : / Autonome <input type="checkbox"/>

	📞 EN CAS D'URGENCE REPRÉSENTANT LÉGAL 1 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	📞 EN CAS D'URGENCE REPRÉSENTANT LÉGAL 2 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	📞 Autres personnes à prévenir en cas d'impossibilité à vous joindre Qualité (frère, sœur, grand-parents ...)
<i>Nom</i>			
<i>Prénom</i>			
<i>Adresse Domicile</i>			
<i>Portable</i>			
<i>Travail</i>			

Je soussigné(e),
 Nom : Prénom :
 En qualité de :
 En qualité d'apprenant majeur au 1^{er} septembre 2023 et indépendant
 numéro de sécurité sociale :
 Date dernier vaccin DTPOLIO :

AUTORISE

L'ADMINISTRATION DE L'ÉTABLISSEMENT OU SES REPRÉSENTANTS :

- ▶ à faire intervenir un médecin en cas de besoin et à dispenser les soins prescrits.
- ▶ A prendre, le cas échéant, toutes mesures utiles pour une hospitalisation (évacuation vers une structure de soins par un transport sanitaire).
- ▶ En cas d'urgence, le médecin régulateur du 15 oriente l'élève ou l'étudiant vers le centre hospitalier auquel est rattaché l'établissement.

A.....le

Signature :

FICHE DE SANTE

Maladie	_____
Traitement (photocopie de l'ordonnance)	_____
Réactions allergiques Médicamenteuses	_____
Alimentaires (joindre un certificat médical)	_____
Prescription si urgence (joindre ordonnance)	_____
Observations particulières	_____ _____

Autres maladies :

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

L'élève a-t-il subi une ou plusieurs interventions chirurgicales ? Lesquelles ? :

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

Dispense totale ou partielle d'activités sportives

OBSERVATIONS que vous jugez utile de faire connaître aux adultes accompagnant votre enfant :

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

CERTIFICAT MEDICAL D'INAPTITUDE
A LA PRATIQUE DE L'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Je soussigné (e), Docteur en Médecine :

Exerçant à :

Certifie, en application du décret n°88-977 du 11 octobre 1988, avoir examiné l'élève :

Nom : Prénom :

Né (e) le :

Etablissement : Lycée de l'Horticulture et du Paysage de Brive/Voutezac

et constaté ce jour que son état de santé entraîne

UNE INAPTITUDE PARTIELLE **Du** **au**

Afin de permettre une adaptation de l'enseignement aux possibilités de l'élève, préciser en termes de capacités fonctionnelles ce que l'élève peut faire, ainsi que les types d'efforts autorisés et/ou déconseillés.

Mouvements essentiels			Types d'efforts			Types de situation		
	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON
Marcher			Effort long et modéré			Activité aquatique		
Courir				Effort Intense et bref				
Sauter						Activité en hauteur		
Lancer								
S'accroupir			<u>Commentaires éventuels :</u>					
Déplacements latéraux								
Lever porter								
Rotations								
Autres								

Dans le cas où il n'y a aucune capacité fonctionnelle, je prononce

UNE INAPTITUDE TOTALE

Fait à Le

Signature et cachet du médecin

NOM DE L'ÉLÈVE : Classe :

Académie : Limoges

Département : Corrèze

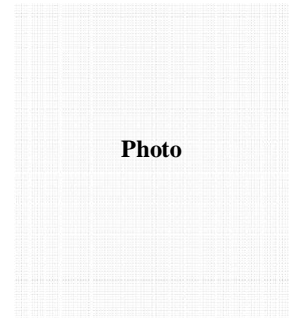
Le Projet d'accueil individualisé : PAI

Article D. 351-9 du Code de l'éducation - Circulaire

Le PAI permet aux enfants et adolescents qui présentent des troubles de la santé (physiques ou psychiques) évoluant sur une période longue, de manière continue ou discontinue, d'être accueillis en collectivité scolaire, périscolaire et autres accueils collectifs de mineurs. Il est élaboré avec les responsables légaux, à leur demande, par les équipes de santé de la structure concernée et le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de l'établissement, de la structure ou du service d'accueil d'enfants de moins de 6 ans, garants de la mise en œuvre de la lisibilité et de la communication des procédures.

1 - Renseignements administratifs

Élève
Nom / Prénom :
Date de naissance :
Adresse :



Responsables légaux ou élève majeur

Lien de parenté	Nom et prénom	Domicile	☺ Travail	Portable	Signature

Je demande que ce document soit porté à la connaissance des personnels en charge de mon enfant, y compris ceux chargés de la restauration et du temps périscolaire et à ces personnels de pratiquer les gestes et d'administrer les traitements qui y sont prévus.

Date	PAI 1re demande	Modifications éventuelles			
Classe					

Vérification annuelle des éléments du PAI fournis par la famille : fiche « Conduite à tenir » actualisée, ordonnance récente, médicaments et matériel si besoin					
Date					
Classe					

Les responsables légaux s'engagent à fournir le matériel et les médicaments prévus et à informer le directeur d'école, le chef d'établissement ou le directeur de la structure, le médecin et l'infirmier de l'éducation nationale en cas de changement de prescription médicale. Le PAI est rédigé dans le cadre du partage d'informations nécessaires à sa mise en place. Seuls l'élève majeur ou les responsables légaux peuvent révéler des informations couvertes par le secret médical.

Établissement scolaire et hors de l'établissement scolaire

Référénts	Nom	Adresse administrative	Signature et date	Exemplaire reçu le :
Chef d'établissement Directeur d'école Directeur d'établissement				
Enseignant de la classe Professeur principal Encadrant de la structure				
Médecin éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil				
Infirmier éducation nationale ou PMI ou collectivité d'accueil				

Partenaires

Référents	Nom	Adresse administrative	Signature et Date	Exemplaire reçu le :
Médecins traitants, services hospitaliers				
Représentant du service de restauration				
Responsable des autres temps périscolaires				
Autres				

Toutes les informations nécessaires à la prise en charge de l'élève seront jointes au présent document.

2 - Aménagements et adaptations - partie médecin de l'éducation nationale, de PMI ou de la structure

a. Conséquences de la maladie ou affection, essentielles et utiles pour la compréhension

.....
.....

b. Aménagements du temps de présence dans l'établissement

- Temps partiel : temps de présence évolutif et de prise en charge, horaires décalés (joindre l'emploi du temps adapté)
- Temps de repos
- Dispense partielle ou totale d'activité (EPS, activités manuelles, en lien avec des aliments, des animaux, etc.)
Joindre le certificat d'inaptitude EPS

Préciser :

c. Aménagement de l'environnement (selon le contexte)

- Autorisation de sortie de classe (toilettes, boissons, infirmerie, vie scolaire, etc.) Place dans la classe
- Mobilier et matériel spécifique (double jeu de livres, livre numérique, siège ergonomique, informatique, casier, robot)
- Toilettes et hygiène (accès, toilettes spécifiques, aménagements matériels, changes, douche, aide humaine, etc.)
- Récréation et interours (précautions vis-à-vis du froid, soleil, jeux, bousculades, etc.)
- Accessibilité aux locaux Environnement visuel, sonore, autre

Préciser :

d. Aménagements à l'extérieur de l'établissement.

Le PAI doit suivre l'enfant sur ses différents lieux de vie collectifs.

- Déplacements scolaires (stade, restauration scolaire, etc.) Déplacements pour examens
- Sorties sans nuitée Sortie avec nuitée (classes transplantées, voyages scolaires, séjours, etc.)

Préciser si nécessité de fournir un traitement quotidien matin-soir et/ou mesures particulières et joindre une ordonnance claire et précise avec les médicaments avant le départ :

e. Restauration

<input type="checkbox"/> Régime spécifique garanti par le distributeur de la restauration collective	<input type="checkbox"/> Goûter et/ou collations fournis par la famille
<input type="checkbox"/> Éviction des allergènes dans le régime habituel pratiquée : <input type="checkbox"/> Par le service responsable de la restauration <input type="checkbox"/> L'élève lui-même (affichage INCO)	<input type="checkbox"/> Boissons
<input type="checkbox"/> Éviction demandée par la famille après lecture préalable du menu et éventuel plat de substitution	<input type="checkbox"/> Suppléments alimentaires
<input type="checkbox"/> Panier repas fourni par la famille (gestion selon la réglementation en vigueur)	<input type="checkbox"/> Priorité de passage ou horaire particulier
	<input type="checkbox"/> Nécessité d'aide humaine ou d'aménagement particulier pour l'installation

Préciser :

f. Soins

- Traitement quotidien sur le temps de présence dans l'établissement (*cf. ordonnance jointe*) :
 - Traitement médicamenteux : préciser nom (commercial/générique), posologie, mode de prise,
 - horaire précis
- Surveillances : préciser qui fait la surveillance, horaires, recueil des données
- Intervention de professionnels de santé sur le temps de présence dans l'établissement protocole joint
- Éléments confidentiels sous pli cacheté à transmettre aux équipes de secours ou au médecin
- Fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence » jointe (page 4) Autres soins
- Contenu de la trousse d'urgence :
 - PAI obligatoirement
 - Ordonnance
 - Traitements
 - Pli confidentiel à l'attention des secours
- Lieu de stockage de la trousse d'urgence de l'enfant dans l'établissement à préciser :
- Élève autorisé à avoir le traitement d'urgence sur lui avec la fiche « Conduite à tenir en cas d'urgence ».
 - Autre trousse d'urgence dans l'établissement

Préciser :

g. Adaptations pédagogiques, des évaluations et des épreuves aux examens

Besoins particuliers	Précisions Mesures à prendre (préciser les disciplines si besoin)
<input type="checkbox"/> Aide durant la classe (attention particulière, support d'apprentissage, tutorat, écriture, etc.)	
<input type="checkbox"/> Transmission des cours et des devoirs (reproduction des cours, clés USB, espace numérique de l'établissement, classe inversée, etc.)	
<input type="checkbox"/> Transmission et/ou aménagements des évaluations et contrôles	
<input type="checkbox"/> Proposition d'aménagements des épreuves aux examens, à la demande des responsables légaux	
<input type="checkbox"/> Temps périscolaire (spécificités liées au type d'activités, etc.)	
<input type="checkbox"/> APADHE <input type="checkbox"/> Cned en scolarité partagée <input type="checkbox"/> Autres dispositions de soutien ou de continuité scolaire :	

3- Conduite à tenir en cas d'urgence - partie médecin traitant ou à préciser :

Fiche standard – des fiches élaborées avec les sociétés savantes sont disponibles sur Eduscol pour les pathologies les plus fréquentes

Nom/ Prénom :	Date de naissance :
Numéros d'urgence :	
Fiche établie pour la période suivante :	

Dès les premiers signes, **faire chercher la trousse d'urgence de l'enfant ainsi qu'un téléphone.**
Évaluer la situation et pratiquer :

Signes d'appel visibles	Mesures à prendre	Traitement

Dès les premiers signes de gravité ou si les signes précédents persistent : appeler le 15

Signes de gravité	Mesures à prendre	Traitement

--	--	--

Dans tous les cas, ne pas oublier de tenir la famille informée.

Un courrier avec des informations médicales confidentielles sous pli cacheté à l'attention des services de secours peut être joint à cette fiche de conduite à tenir :

Courrier joint :

Oui

Non

Cachet du médecin :

Date :

Signature du médecin :

LES PLANS D'ACCOMPAGNEMENT

le P.A.I. : Projet d'Accueil Personnalisé

P.A.I. A PORTER A LA CONNAISSANCE DE L'INFIRMIÈRE MÊME SI L APPRENANT EST MAJEUR ET AUTONOME (sorties pédagogiques/stages obligatoires ...)

L'apprenant :

Nom : prénom :

Date de naissance :

Numéro de téléphone personnel :

Année scolaire : régime : interne demi-pensionnaire externe

classe et filière :

La mise place d'un P.A.I. est nécessaire dans le cadre scolaire :

Veillez faire remplir le document « Le projet d'accueil individualisé : PAI » par votre médecin traitant et joindre une ordonnance valide de moins de un an.

Il concerne le problème de santé suivant :

- PRISE DE TRAITEMENT AU LONG COURS

Nom du médicament :

Pathologie concernée :

- ASTHME

- ALLERGIE/INTOLÉRANCE ALIMENTAIRE

Préciser :

- EPILEPSIE

- DOULEURS

- IMPOTENCES FONCTIONNELLES

- AMÉNAGEMENTS PARTICULIERS LIES A UN HANDICAP

- PATHOLOGIE CHRONIQUE AVEC DISPENSE TOTALE OU PARTIELLE DE SPORT

- AUTRE :

Un protocole d'urgence est associé à l'ordonnance : oui non

L'apprenant doit avoir en permanence sur lui un traitement : oui non

Joindre une attestation du médecin traitant

Attention - aucun traitement ne doit rester en possession de l'apprenant dans le cadre de l'internat (sauf spécifié par le médecin)

Je soussigné(e) :

Responsable légal de :

Autorise le personnel du LEGTPA Henri Bassaler (infirmière, vise scolaire, enseignants...) à lui délivrer les médicaments et/ou à pratiquer les soins d'urgence prescrits et ci-joints.

A Le

Signataires du projet

Les responsables légaux

L'infirmière

Le Chef d'Établissement

Le P.P.S. : Projet Personnalisé de Scolarisation

Nom et Prénom :

L'apprenant est porteur d'un handicap :

Il est suivi par la **M.D.P.H.** et bénéficie d'un **Plan Personnalisé de Scolarisation**

- Date du dernier P.P.S. :
- Des structures extérieures suivent l'apprenant :
- L'apprenant change de région, de département à la rentrée prochaine : oui non
- L'apprenant bénéficie d'un(e) **A.E.S.H. (Accompagnant d'élèves en Situation de Handicap)** :
oui non

Joindre tous les documents utiles (Notifications MDPH, Gevasco,,)

Vous estimez que les aménagements pédagogiques doivent être revus car les difficultés rencontrées changent : Le Handicap évolue, MAIS AUSSI nouvel environnement, nouvelle charge de travail scolaire, nouvelles pratiques et techniques : nouvelle filière, travaux d'ateliers...

N'hésitez pas à porter à ma connaissance tout au long de l'année des difficultés non rencontrées auparavant et qui entravent le bon déroulement de la scolarité et de l'apprentissage en cours.

Il a bénéficié d'un aménagement d'épreuves pour les examens précédents : oui non

Joindre tous les documents utiles

Remarque : les élèves passant en 3ème au LEGTPA de Vutezac ont peut-être bénéficié d'un aménagement d'épreuves en classe de 4ème : se rapprocher du collège d'origine pour obtenir cet aménagement car il est valable pour le passage du Brevet des Collèges.

A Le.....

Signature du responsable légal :

Le P.A.P. : le Plan d'Accompagnement Personnalisé

Le PAP s'adresse à des élèves présentant des difficultés scolaires durables liées à un trouble avéré des apprentissages. Sa mise en place est subordonnée à l'avis du médecin scolaire, en lien avec les familles et les enseignants. Ce document permet d'aménager la scolarité et les examens (1/3 temps, adaptations pédagogiques...).

Nom et Prénom :

L'apprenant est porteur d'un trouble de l'apprentissage (de type « DYS ») et bénéficie d'un **PAP** depuis :

Année scolaire : Classe :

- Date du dernier PAP mis en place : Classe..... Filière

- Aménagement d'épreuves mis en place : oui non

Joindre tous les documents utiles

L apprenant est porteur d'un trouble de l'apprentissage et nécessite la mise en place d'un P.A.P.) :

Se rapprocher du professeur principal dès la rentrée prochaine. Faire suivre à l'infirmerie tout document médical utile sous enveloppe cachetée (bilan d'ergonomie, orthophoniste....) **DOCUMENTS CONFIDENTIELS ET SOUMIS AU SECRET PROFESSIONNEL.**

L'apprenant change de filière à la rentrée prochaine : oui non

L'apprenant est nouvel élève au LEGTPA HENRI BASSALER a la rentrée prochaine : oui non

Remarque: les élèves passant en 3ème au LEGTPA de Vutezac ont peut-être bénéficié d'un aménagement d'épreuves en classe de 4ème : **se rapprocher du collège d'origine pour obtenir cet aménagement car il est valable pour le passage du Brevet des Collèges.**

Le faire suivre avec le dossier d'inscription ou me le remettre dès la rentrée prochaine.

N'hésitez pas à porter à ma connaissance ou à celle du professeur principal tout au long de l'année des difficultés non rencontrées auparavant et qui entravent le bon déroulement de la scolarité et de l'apprentissage en cours.

A Le.....

Signature du responsable légal :

ELECTIONS DES REPRESENTANTS DES PARENTS D'ELEVES
D'ETUDIANTS ET D'APPRENTIS
AU **CONSEIL D'ADMINISTRATION**

Bulletin de candidature

M. Mme :
père - mère (1) de l'élève :
de la classe de :

fait acte de candidature pour représenter les Parents d'élèves, d'étudiants et d'apprentis de l'Etablissement au **CONSEIL D'ADMINISTRATION** au cours de l'année scolaire 2024/2025

- au titre de délégué de l'Association de Parents d'élèves ci-après désignée

- à titre individuel

- en tant que : titulaire suppléant

Fait le
Signature

(1) rayer la mention inutile

L.E.G.T.P.A. de BRIVE-VOUTEZAC
19130 VOUTEZAC

Année scolaire 2024/2025

Bulletin de candidature
pour la représentation des Parents d'élèves
au **CONSEIL DE CLASSE**

M. Mme :
père - mère (1) de l'élève :
de la classe de :

fait acte de candidature pour représenter les Parents d'élèves de la classe fréquentée par mon fils - ma fille (1) au conseil de classe.

Fait le
Signature

(1) rayer la mention inutile

L.E.G.T.P.A. de BRIVE-VOUTEZAC
19130 VOUTEZAC

Année scolaire 2024/2025

ELECTIONS DES REPRESENTANTS DES PARENTS D'ELEVES
AU **CONSEIL INTERIEUR**

Bulletin de candidature

M. Mme :
père - mère (1) de l'élève :
de la classe de :

fait acte de candidature pour représenter les Parents d'élèves de l'Etablissement au **CONSEIL INTERIEUR** au cours de l'année scolaire 2024/2025

- au titre de délégué de l'Association de Parents d'élèves ci-après désignée

- à titre individuel

- en tant que : titulaire suppléant

Fait le
Signature

(1) rayer la mention inutile

ROLE DES DEUX INSTANCES

Le **Conseil d'Administration** règle par ses délibérations les affaires de l'EPLEFPA, détermine les orientations générales des différents secteurs de l'établissement et exerce sa compétence sur le domaine financier. Il est réuni trois fois par an.

Le **Conseil Intérieur** examine les problématiques liées au lycée et instruit la plupart des dossiers qui sont ensuite soumis à la délibération du Conseil d'Administration. Il est réuni deux fois par an au minimum.

Les représentants des Parents d'élèves, d'étudiants et d'apprentis occupent **deux sièges au Conseil d'Administration**.

Les représentants des parents d'élèves occupent **trois sièges au Conseil Intérieur**.

Ils sont élus au scrutin uninominal à un tour. Chaque parent dispose d'un bulletin de vote par élection.

NOUVEAU

Cette année l'élection des parents d'élèves sera organisée via pronote.

Aucun document ne sera délivré en version papier.

Les parents devront se connecter sur pronote pour voter.

Un courrier d'information vous sera adressé quelques semaines avant la date du scrutin.



Association des lycéens, étudiants, stagiaires et apprentis
Association sportive



Fiche d'inscription 2024-2025

A retourner avec les documents d'inscription

Nom de l'élève/étudiant	
Prénom	
Classe	

Adhésion aux associations, forfait global ALESA /AS

40 €

Chèque à l'ordre de l'ALESA

Vous souhaitez adhérer seulement à l'ALESA, vous réglez :

- 17 € pour les internes
- 11 € pour les externes, DP, étudiants et apprentis

Votre carte ALESA vous permet :

- d'améliorer le cadre de vie du foyer : babyfoot, jeux de société, coin terrasse...
- d'aller au cinéma, concert, théâtre, concert à -50 %
- de participer aux clubs : nature, théâtre, musique, apiculture, cinéclub
- de participer à des sorties à l'extérieur : jardins, patinoire, loisirs sportifs...

Vous souhaitez adhérer seulement à l'AS, vous réglez :

- 25 € pour tous (internes, DP, étudiants)

Votre carte AS vous permet :

- de payer votre licence UNSS
- de participer aux activités UNSS le mercredi après midi
- de participer aux animations dans le cadre des projets BTS
- d'assister à des événements sportifs

Certificat médical obligatoire

L'adhésion est un soutien vital aux associations pour leur permettre d'assurer leurs activités

Adhérez à l'ALESA et à l'AS pour améliorer votre vie lycéenne !