



DOSSIER D'INSCRIPTION

Année scolaire : 20 - - / 20 - -

Classe demandée (cochez la case) :

- 4^{ème} de l'Enseignement Agricole
- 3^{ème} de l'Enseignement Agricole
- 2^{nde} BAC Pro Productions - Agroéquipement
- 1^{ère} BAC Pro Conduite et Gestion de l'Exploitation Agricole « Système à dominante cultures »
- 1^{ère} BAC Pro Agroéquipement
- Terminale BAC Pro Conduite et Gestion de l'Exploitation Agricole « Système à dominante cultures »
- Terminale BAC Pro Agroéquipement

1

Coordonnées de l'élève

NOM :

Prénom :

(Prénoms) :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Email ⁽¹⁾ (obligatoire) :

(1) De nombreux courriers vous seront envoyés par e-mail, merci de nous indiquer la fréquence de lecture de vos messages

tous les jours 2-3 fois par semaine moins d'une fois par semaine moins d'une fois par mois

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Code postal du lieu de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

INA ou INE :

Régime (Cochez la case) : Interne Demi-pensionnaire

DEMANDE DE BOURSE BOURSIER NON BOURSIER

Avant toute demande de bourses vérifier vos droits en consultant : www.simulbourses.educagri.fr

Ne pasagrafer de documents



PARCOURS SCOLAIRE DE L'ELEVE

Année en cours (N) :

Classe suivie :
Nom professeur principal :
Etablissement scolaire :
Ville :
Code postal :

Année précédente (N-1) :

Classe suivie :
Nom professeur principal :
Etablissement scolaire :
Ville :
Code postal :

Année précédente (N-2) :

Classe suivie :
Nom professeur principal :
Etablissement scolaire :
Ville :
Code postal :

Année précédente (N-3) :

Classe suivie :
Nom professeur principal :
Etablissement scolaire :
Ville :
Code postal :

Ne pas agraffer de documents





COORDONNEES DES PARENTS OU TUTEURS DE L'ÉLÈVE

Père (ou tuteur)

NOM :

Prénom :

(Prénoms) :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Email ⁽²⁾ (obligatoire) :

(2) De nombreux courriers vous seront envoyés par e-mail, merci de nous indiquer la fréquence de lecture de vos messages
 tous les jours 2-3 fois par semaine moins d'une fois par semaine moins d'une fois par mois

Profession :

Situation familiale

- | | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Célibataire | <input type="checkbox"/> Marié(e) | <input type="checkbox"/> Veuf(ve) | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) |
| <input type="checkbox"/> Vie maritale | <input type="checkbox"/> PACS / concubin | <input type="checkbox"/> Séparé(e) | <input type="checkbox"/> Mono parent |

Mère (ou tutrice)

NOM :

Prénom :

(Prénoms) :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Email ⁽³⁾ (obligatoire) :

(3) De nombreux courriers vous seront envoyés par e-mail, merci de nous indiquer la fréquence de lecture de vos messages
 tous les jours 2-3 fois par semaine moins d'une fois par semaine moins d'une fois par mois

Profession :

Frère(s) et sœur(s)

NOM – Prénom : date de naissance

NOM – Prénom : date de naissance

NOM – Prénom : date de naissance

Ne pas agraffer de documents



CONTRAT DE SCOLARITE – ANNEE SCOLAIRE 20 -- / 20 - -

Coûts forfaitaire annuel de scolarité

Classes	Pension et demi-pension		Pension		Demi-pension		Total Pension	Total Demi Pension
	Enseignement	Restauration	Restauration	Vie Résidentielle Hébergement Animation	Restauration	Vie Résidentielle Animation		
4ème EA	950 €	470 €	632 €	265 €	420 €	2 052 €	1 635 €	
3ème EA	950 €	470 €	632 €	265 €	420 €	2 052 €	1 635 €	
2nde Prod-AE	1 060 €	470€	632 €	265 €	420 €	2 162 €	1 745 €	
1ere AE	1 190 €	470 €	632 €	265 €	420 €	2 292 €	1 875 €	
1ere CGEA	1 190 €	470 €	632 €	265 €	420 €	2 292 €	1 875 €	
Term AE	1 260 €	470 €	632 €	265 €	420 €	2 362 €	1 945 €	
Term CGEA	1 260 €	470 €	632 €	265 €	420 €	2 362 €	1 945 €	

4

Autres contributions :

- Adhésion à l'association Maison Familiale Rurale pour un montant de 20 € par famille
- Adhésion à l'association Sportive et socio-éducative de la MFR, affiliée UNSS pour un montant de 5 € par élève (dont 2 € pour la Fondation des MFR contribuant au développement des MFR dans le monde)
- Règlement des frais de dossier pour un montant de 35 € par élève
- Abonnement au « **Lien des familles** » pour un montant de **11,50 €**

Soit un total de 71,50 €, réglé par chèque le jour du dépôt du dossier d'inscription.

Echéances et règlement

Un contrat financier est proposé pour l'année scolaire, avec révision du contrat selon le versement des bourses en décembre de l'année d'inscription (selon avis de la Commission Départementale des bourses – consulter : www.simulbourses.educagri.fr)

Nous vous rappelons :

- Tout mois commencé est dû
- Le changement de statut (demi-pensionnaire / interne) n'est possible qu'une fois durant l'année scolaire sur présentation d'un courrier de la famille
- Le règlement de la scolarité est réalisé par prélèvement bancaire en tenant compte de l'échéancier
- Pour tout impayé par prélèvement, une facture de 11 € sera établie, correspondant aux frais d'impayés de notre banque
- Pour les élèves boursiers, signature par la famille de la procuration permettant à la MFR de percevoir directement les bourses Nationales du Ministère de l'Agriculture

Je soussigné(e), tuteur ou représentant légal, demande l'inscription de mon fils / ma fille pour l'année scolaire, à la MFR SUD AGROMAT, en classe de et accepte les conditions financières ci-dessus.

A, le --/--/20--

Signature(s)

Ne pasagrafer de documents



MANDAT DE PRELEVEMENT

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER MFR SUD AGROMAT - Campus Alternance - Antenne CFA CHEMIN JOUAN PETIT 82700 ESCATALENS		MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA ICS : FR33ZZ565411	
<p>En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez MFR SUD AGROMAT - Campus Alternance - Antenne CFA, 82700 ESCATALENS à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de MFR SUD AGROMAT - Campus Alternance - Antenne CFA, 82700 ESCATALENS. 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.</p>			
Référence Unique du Mandat :			
NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU DÉBITEUR		DÉSIGNATION DU COMPTE A DÉBITER IBAN _____ Numéro d'identification international du compte bancaire BIC _____ Code international d'identification bancaire	
TYPE DE PAIEMENT : Paiement récurrent / répétitif <input checked="" type="checkbox"/> Paiement ponctuel <input type="checkbox"/>			
Fait à :		Signature :	
Le :			
<i>Note : vos droits concernant le prélèvement sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque</i>			
Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n° 78.17 du 8 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.			

Ne pas agraffer de documents

Coller
votre RIB
ici



FICHE SANTE *année scolaire 20-- / 20--*

Nom : Prénom :

Adresse :

Personne à prévenir : (père, mère ou tuteur)

☎ (personnel)/...../...../...../.....

☎ (professionnel)/...../...../...../.....

Date de naissance :

Médecin traitant :

• Antécédents médicaux ou problèmes particuliers :

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

• Recommandations à observer :

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

• Allergies :

.....
.....

• Port de lunettes :

.....
.....

• Vaccinations (joindre la photocopie du carnet de santé)

.....
.....

Autorisation parentale d'anesthésier ou d'opérer, à faire pratiquer les soins médicaux nécessaires à l'état de santé du jeune en cas d'urgence.

À remettre à la rentrée scolaire

Signature précédée de la mention
« lu et approuvé »

Ne pas agraffer de documents



**CERTIFICAT MEDICAL TYPE DE NON CONTRE-INDICATION A LA PRATIQUE SPORTIVE EN
COMPETITION DANS LE CADRE SCOLAIRE**

7

Je soussigné(e)

Docteur en médecine, certifie avoir examiné

M/Mme

Né(e) le

Et avoir constaté, ce jour, l'absence de signe clinique décelable contre-indiquant la pratique de sport en
compétition dans le cadre scolaire.

Certificat fait pour servir et valoir ce que de droit sur la demande de l'intéressé et re-
mis en mains propres le

A

À remettre à la rentrée scolaire

Signature et cachet du médecin

Ne pas agraffer de documents



AVIS MEDICAL D'APTITUDE ANNUEL PREALABLE A L'AFFECTATION DU JEUNE A DES TRAVAUX REGLEMENTES CONCERNE LES ELEVES EN FORMATION PROFESSIONNELLE SOUS STATUT SCOLAIRE (élèves âgés de 15 au moins et de moins de 18 ans) CODE DU TRAVAIL ARTICLES R234 - 11 A R234 - 21 DANS UN ETABLISSEMENTS D'ENSEIGNEMENT AGRICOLE AMENES A EFFECTUER DES TRAVAUX INTERDITS SUSCEPTIBLES DE DEROGATION (ART. 1 DE LA CONVENTION CADRE NATIONALE DU 5 MAI 2014 ET ART. 3 DE LA CONVENTION LOCALE)

Le responsable de l'établissement de formation :

M. PRUVOST Patrick, Directeur – MFR SUD AGROMAT – Campus Alternance - ESCATALENS

Demande un avis médical pour l'aptitude du jeune

.....

en formation de :

à utiliser dans l'établissement de formation ci-dessus ou dans une entreprise d'accueil les équipements suivants ou à être exposés aux risques suivants, justifiant une dérogation auprès de l'inspecteur du travail :

.....
.....

En date du :

Le docteur

Donne l'avis suivant pour les travaux ou risques :

- Enumérés ci-dessus
- Listés dans le document annexé contresigné par le praticien

AVIS :

- Avis favorable d'aptitude
- Avis favorable d'aptitude avec les réserves suivantes :

- Avis d'inaptitude
- (Les mentions non utilisées devront être rayées par le médecin)

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN



AUTORISATION D'HOSPITALISATION

Je soussigné,
(nom et prénom du chef de famille, ou représentant légal)

Autorise le Directeur de la Maison Familiale, ou son représentant, à faire donner à (nom de l'élève) , les soins d'urgence, les anesthésies, les examens et à pratiquer toute intervention chirurgicale ou dentaire nécessités par son état, pendant la période des cours, ainsi qu'à l'occasion des autres activités : sessions, stages, voyages, au cours desquels il ou elle se trouve sous leur responsabilité.

9

Je laisse l'établissement libre de choisir (Centre Hospitalier de Montauban) et je le dégage de toute responsabilité,

OU

Clinique de votre choix : Tél :

Personne à prévenir immédiatement :

En cas de changement de numéro de téléphone,
nous vous remercions de nous en informer dans les plus brefs délais.

Monsieur, Madame :

Adresse :

Tél. domicile : Tél portable :

Tél. travail du père : Tél portable :

Tél. travail de la mère : Tél portable :

Ne pas agraffer de documents

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné,
(nom et prénom du chef de famille, ou représentant légal)

Autorise le Directeur de la Maison Familiale, ou son représentant, à sortir à mon fils / ma fille de l'hôpital ou de la clinique suite à une intervention chirurgicale, anesthésie et examens nécessités par son état pour l'année scolaire 20-- / 20--.

Signature du responsable légal,

Fait à

Le



AUTORISATION DE SORTIES PEDAGOGIQUES

Je soussigné(e),

(nom et prénom du chef de famille, ou représentant légal)

autorise ⁽⁴⁾

n'autorise pas ⁽⁴⁾

10

mon enfant(nom et prénom de l'élève) à
faire des sorties pédagogiques accompagnées par les moniteurs et/ou animateurs lors de la semaine de
cours à la Maison Familiale.

autorise⁽²⁾

n'autorise pas ⁽²⁾

L'équipe de la Maison Familiale SUD AGROMAT – *Campus Alternance* à transporter mon enfant
..... (nom et prénom de l'élève), dans le cadre des activités organisées
par la Maison Familiale.

Ne pas agraffer de documents

Fait à

Le

Signature du responsable légal,

Précédée de la mention :

« lu et approuvé »

⁽⁴⁾ cocher la case correspondante



AUTORISATION PARENTALE AU « DROIT A L'IMAGE »

Année Scolaire 20-- / 20--

En raison de la loi sur le « droit à l'image », nous vous demandons de bien vouloir compléter ce document.

11

Je soussigné

Père, Mère,

Représentant légal de

Classe :

- autorise ⁽⁵⁾
- n'autorise pas ⁽⁵⁾

l'utilisation de la photographie de mon enfant dans le cadre de la Maison Familiale (*réalisation de plaquettes de communication, dépôts de photos sur notre site Internet, création de panneaux dans l'établissement, ...*).

Fait à

Le

Signature du responsable légal,

⁽⁵⁾ cocher la case correspondante

Ne pas agraffer de documents



PIÈCES À NOUS FOURNIR IMPÉRATIVEMENT : (PHOTOCOPIES)

- Dossier d'inscription complété et signé (p1-3)
- Contrat de scolarité complété et signé (p4)
- Mandat de prélèvement SEPA complété et signé + 1 R.I.B (p5)
- Frais de dossier d'inscription 71,50 €uros (par chèque) à joindre au dossier d'inscription
- Fiche santé, complétée et signée (p6)
- Certificat médical autorisant la pratique du sport en compétition dans le cadre scolaire, complété et signé par votre médecin (p7)
- Autorisation d'hospitalisation et autorisation de sortie, complétées et signées (p8)
- Autorisation de sorties pédagogiques, complétée et signée (p9)
- Autorisation parentale au Droit à l'image, complétée et signée (p10)
- Photocopie du livret de famille complet
- Photocopie de la carte d'identité recto/verso sur la même page
- 1 photo d'identité
- 1 Certificat de scolarité de l'année précédent la rentrée (EXEAT)
- Photocopies des relevés de notes de l'année précédent la rentrée
- 6 enveloppes vierges, format 110 x 220 timbrées au tarif lettre
- Photocopie de l'attestation de recensement (pour les + de 16 ans) à retirer à la mairie du domicile
- Photocopie du certificat de participation à la journée défense et citoyenneté à retirer au centre du service national organisateur
- Photocopie de la carte Vitale et son Attestation
- Photocopie de l'attestation d'assurances (Resp. Civile + Mutuelle)

TOUT DOSSIER INCOMPLET, RETARDE L'INSCRIPTION DEFINITIVE DE L'ELEVE DATE LIMITE DE RETOURS DES ELEMENTS MANQUANTS LE 5 JUILLET DERNIER DELAIS