

## **DOCUMENTS A RAPPORTER AU LYCEE DE FONTAINES LES 1<sup>er</sup> ou 2 JUILLET 2025**

### **Documents à télécharger, compléter, imprimer et signer :**

- Le dossier d'inscription
- La fiche Engagement
- La fiche d'autorisation de sortie/autorisation zone fumeurs
- La fiche santé (à rendre sous enveloppe avec la mention **Infirmierie**)
- La fiche urgence
- Le coupon-réponse Bourses
- L'adhésion à l'ALESA (à rendre sous enveloppe avec la mention **ALESA**)
- L'adhésion à l'APE (à rendre sous enveloppe avec la mention **APE**)

### **joindre :**

- Une copie du livret de famille (dans son intégralité) et copie du jugement de divorce/séparation pour les familles concernées.
- Une photocopie de la carte d'identité (recto/verso) ou du passeport en cours de validité
- Les documents demandés avec la fiche urgence

\*\*\*\*\*

**La demande d'adhésion ou renouvellement au prélèvement automatique est à renvoyer  
DIRECTEMENT à l'agence comptable :**

#### **Agence Comptable**

**BP 70058  
71328 CHALON SUR SAONE CEDEX**

**ou par mail à [cathy.lanneau@educagri.fr](mailto:cathy.lanneau@educagri.fr)**

\*\*\*\*\*

**N'oubliez pas de prendre connaissance de tous les documents relatifs à la  
scolarité dans la rubrique « A consulter ».**

## DOSSIER D'INSCRIPTION Année scolaire 2025-2026

**CLASSE DE :** \_\_\_\_\_

| CANDIDAT                               |  |
|--|--|
| Nom (en majuscules) :                  | _____ Prénom usuel : _____   |
| Prénoms de l'état civil :              | _____ Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F   |
| Situation familiale :                  | _____ Nom de naissance : _____   |
| Date de naissance :                    | _____ à _____ Dép. : _____   |
| Pays :                                 | _____ Nationalité : _____  |
| Adresse : _____                        |  |
| Code postal :                          | _____ Commune : _____  |
| N° tél.domicile :                      | _____ Sur liste rouge : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |
| N° portable :                          | _____ Sur liste rouge : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |
| Email du candidat : _____              |  |
| Redoublant <sup>(1)</sup> :            | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dispensé d'E.P.S. <sup>(1)</sup> : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |
| Régime envisagé <sup>(1)</sup> :       | <input type="checkbox"/> Interne <input type="checkbox"/> Demi-pensionnaire <input type="checkbox"/> Interne-Externé* <input type="checkbox"/> Externe<br><small>(* Interne-Externé : l'élève prend les repas du matin, du midi et du soir au lycée et a un logement extérieur )</small> |
| Langue vivante A <sup>(1)</sup> :      | <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Allemand Langue vivante B <sup>(1)</sup> : <input type="checkbox"/> Allemand <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Espagnol  |
| Option (cocher 1 case) :               | <input type="checkbox"/> Pratiques Professionnelles<br><input type="checkbox"/> Hippologie-équitation<br><input type="checkbox"/> Pratiques Physiques et Sportives   |
| ASSURANCE SCOLAIRE                     |  |
| NOM et adresse de la compagnie : _____ |  |
| N° sociétaire/contrat : _____          |  |
| ETABLISSEMENT et FORMATION D'ORIGINE   |  |
| Nom de l'établissement : _____         |  |
| Adresse complète : _____               |  |
| Code postal :                          | _____ Commune : _____  |
| Formation suivie : _____               |  |
| Diplôme obtenu (nom et spécialité) :   | _____ Année d'obtention : _____  |
| Code INE du candidat :                 | _____ (à demander à l'établissement d'origine et à renseigner <b>obligatoirement</b> )   |

(1) cocher la case correspondant à votre choix

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

### RESPONSABLE 1 (et destinataire des factures)

Lien de responsabilité <sup>(1)</sup> :  Père  Mère  Tuteur

Responsable légal <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

Civilité <sup>(1)</sup> :  Monsieur  Madame

Autorité parentale <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

Nom (en majuscules) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Situation familiale <sup>(1)</sup> :  Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Vie maritale  PACS  Séparé(e)

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

N° tél.domicile : \_\_\_\_\_ Sur liste rouge <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

N° portable : \_\_\_\_\_ Sur liste rouge <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

Email du responsable : \_\_\_\_\_

Autorise la communication de ses coordonnées <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

Situation professionnelle <sup>(1)</sup> :  en activité  au chômage  retraité  pré-retraité  autre situation

Intitulé exact de la profession : \_\_\_\_\_ N° tél. professionnel : \_\_\_\_\_

### RESPONSABLE 2

Lien de responsabilité <sup>(1)</sup> :  Père  Mère  Tuteur

Responsable légal <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

Civilité <sup>(1)</sup> :  Monsieur  Madame

Autorité parentale <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

Nom (en majuscules) : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Situation familiale <sup>(1)</sup> :  Célibataire  Marié(e)  Veuf(ve)  Divorcé(e)  Vie maritale  PACS  Séparé(e)

Adresse : \_\_\_\_\_  
(Si différente)

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

N° tél.domicile : \_\_\_\_\_ Sur liste rouge <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

N° portable : \_\_\_\_\_ Sur liste rouge <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

Email du responsable : \_\_\_\_\_

Autorise la communication de ses coordonnées <sup>(1)</sup> :  Oui  Non

Situation professionnelle <sup>(1)</sup> :  en activité  au chômage  retraité  pré-retraité  autre situation

Intitulé exact de la profession : \_\_\_\_\_ N° tél. professionnel : \_\_\_\_\_

Autre personne à contacter en cas d'absence et d'urgence : \_\_\_\_\_

N° tél. ou portable : \_\_\_\_\_ lien de parenté : \_\_\_\_\_

<sup>(1)</sup> cocher la case correspondant à votre choix

### ENGAGEMENT

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

- Certifie sur l'honneur les renseignements précisés sur ce document
- M'engage à payer la pension (internat, demi-pension) pendant la durée de la scolarité, conformément au tarif en vigueur. A défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement en soit poursuivi, conformément à la réglementation en vigueur.
- Certifie avoir pris connaissance de l'ensemble des documents et règlements régissant le fonctionnement de l'établissement.

Date et signature des responsables

Date et signature de l'élève

## ENGAGEMENT

A remplir par le Responsable se portant garant du paiement de la pension et des frais de scolarité

(idem responsable 1 noté sur le dossier d'inscription ou réinscription et demandeur de bourse

Les factures seront envoyées à l'adresse mail de ce responsable)

### 1 - Je soussigné(e) :

Nom :  Prénom :

Date et lieu de naissance :

N° sécurité sociale :

Lien de responsabilité <sup>(1)</sup> :  Père  Mère  Tuteur

Adresse :

Code postal :  Commune :

Profession :

NOM et adresse complète de l'employeur (*obligatoire*):

### 2 – Je m'engage à payer la pension et tous les frais liés à la scolarité de :

NOM :  Prénom :

Classe :

pendant la durée de sa scolarité, conformément au tarif en vigueur.

Je paierai cette somme lorsqu'elle sera mise en recouvrement. A défaut de paiement, je reconnais m'exposer à ce que le recouvrement en soit poursuivi, conformément à la réglementation en vigueur.

Fait à  le  Signature

AGRAFER ICI UN RIB

Je soussigné(e) Madame, Monsieur

responsable légal de l'élève

en classe de

## AUTORISATION DE SORTIES

### ELEVE INTERNE

- autorise mon enfant à entrer dans l'établissement **dès la première heure de cours** de la semaine.
- autorise mon enfant à quitter l'établissement **après la dernière heure de cours** de la semaine.

**Dans le cas contraire, mon enfant sera présent et sous la responsabilité de l'établissement du lundi 9h25 au vendredi 17h.**

- autorise mon enfant à s'externer tous les mercredis **à partir de 13h00** (retour le jeudi matin dès la première heure de cours).

**Pour s'externer de manière occasionnelle, une demande écrite doit être parvenue en vie scolaire avant mardi 12h.**

- autorise les personnes suivantes à prendre en charge mon enfant :

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

### ELEVE DEMI-PENSIONNAIRE

- autorise mon enfant à entrer dans l'établissement **dès la première heure de cours** prévue à l'emploi du temps.
- autorise mon enfant à quitter l'établissement **après la dernière heure de cours** prévue à l'emploi du temps.

**Dans le cas contraire, mon enfant sera présent et sous la responsabilité de l'établissement selon les horaires journaliers définis par le règlement intérieur.**

- autorise les personnes suivantes à prendre en charge mon enfant :

- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_

## AUTORISATION PARENTALE ZONE FUMEURS ELEVE MINEUR

- L'autorise à se rendre sur la zone où le tabac est toléré.**

*Je sais que la fréquentation de cette zone peut nuire à la santé de mon enfant et j'en assume la responsabilité.*

- Ne l'autorise pas à se rendre sur la zone où le tabac est toléré**

*Le lycée de Fontaines, pour des raisons de sécurité a mis en place depuis quelques années un espace aux abords de l'établissement où il est toléré aux élèves de fumer.*

*Suite au conseil des délégués du 3 novembre 2016, il a été décidé que ne seront autorisés à se rendre sur la zone fumeurs que les élèves dont les parents auront validé la présente autorisation. Sans réponse de votre part, votre enfant ne sera pas autorisé à se rendre sur cet espace.*

*Nous rappelons également que l'accès à la zone est interdit pendant les interours.*

*Enfin, des actions de prévention ainsi qu'un dispositif d'accompagnement à l'arrêt du tabac seront proposés aux élèves.*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Signature (précédée de la mention « Lu et approuvé »)

- Merci de cocher la mention utile**

NOM : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

### FICHE SANTE 2025/2026

Nom et adresse de l'établissement fréquenté l'année dernière :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Antécédents médicaux ou chirurgicaux, dates :

\_\_\_\_\_

Allergie(s) :

\_\_\_\_\_

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

Traitement(s) :

\_\_\_\_\_

Ordonnance jointe

**PAI** : demander un dossier de PAI à l'infirmière du lycée pour tout traitement (ce dossier sera à faire compléter par le médecin)

**Handicap** : Si votre enfant présente une déficience (auditive, visuelle...), une difficulté d'apprentissage (dyslexie...) ou un trouble de la santé évoluant sur une longue période, veuillez préciser **le type de handicap, le traitement suivi et/ou les aménagements sollicités.**

Dyslexie

Dysorthographe

Dyscalculie

Dyspraxie

Autre (préciser) :

\_\_\_\_\_

↳ D'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI)  
(joindre une copie)

Oui  Non

↳ D'un Projet d'Accueil Personnalisé (PAP)  
(joindre une copie)

Oui  Non

⚠ (en cas de dyslexie, dyspraxie...)

↳ D'un Projet Personnalisé de Scolarisation (PPS)  
(joindre une copie)

Oui  Non

↳ D'un Aménagement des Epreuves d'Examen  
(joindre l'attestation)

Oui  Non

↳ D'un Suivi pour dyslexie

Oui  Non

↳ D'un Suivi particulier

Oui  Non

préciser :

\_\_\_\_\_

## **FICHE URGENCE 2025/2026**

**à remplir lisiblement et très précisément**

**Document non confidentiel** valable dans l'enceinte du lycée, lors des différents déplacements en France et/ou à l'étranger et par **les services d'urgence**.

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Sexe:**  M  F

**Numéro de portable de l'apprenant :** \_\_\_\_\_

**Adresse de l'apprenant :** \_\_\_\_\_

**Classe de :** \_\_\_\_\_ **Régime :**  INT  DP  EXT  INT-EXT

**Date de Naissance :** \_\_\_\_\_ **Lieu :** \_\_\_\_\_

**N° de Sécurité Sociale de l'élève /étudiant/apprenti :** \_\_\_\_\_

**Médecin traitant :**

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Téléphone :** \_\_\_\_\_

**Personnes à prévenir :** veuillez cocher la case ( pour le représentant légal).

|  |  |   |
|--|--|---|
| Resp.1: <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur<br>Nom : _____<br>Prénom : _____<br>Adresse : _____<br>_____<br>_____<br>Tel domicile : _____<br>Tel travail : _____<br>Portable : _____<br>Adresse mail : _____ | Resp.2: <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Tuteur<br>Nom : _____<br>Prénom : _____<br>Adresse : _____<br>_____<br>_____<br>Tel domicile : _____<br>Tel travail : _____<br>Portable : _____<br>Adresse mail : _____ | <input type="checkbox"/> Autre<br>Nom : _____<br>Lien : _____<br>Adresse : _____<br>_____<br>_____<br>Tel domicile : _____<br>Tel travail : _____<br>Portable : _____<br>Adresse mail : _____ |
|--|--|---|

**Antécédents médicaux ou chirurgicaux et dates :**

\_\_\_\_\_

**Allergie(s) :**

\_\_\_\_\_

**Traitement(s) :**

\_\_\_\_\_

**1) Vaccination antitétanique, date du dernier rappel :** \_\_\_\_\_

**JOINDRE :** copies de la carte vitale, de la carte de mutuelle, du carnet de vaccination.  
(pour les anciens élèves : copies seulement si différent de l'année passée)

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 et non par le personnel de l'établissement. Dans tous les cas, l'élève mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un représentant légal. Le responsable légal s'engage à prévenir des modifications concernant les données transmises.



# ASSOCIATION DES LYCEENS, ETUDIANTS, STAGIAIRES ET APPRENTIS (ALESA)

Il s'agit d'une association unique et fédératrice des lycéens, étudiants, stagiaires et apprentis, qui permet de faire fonctionner les activités socioculturelles, de divertissements et de loisirs sportifs, souhaités et organisés par les apprenants dans l'établissement.

L'adhésion à l'ALESA est obligatoire pour pratiquer les activités de loisirs. Elle prend en charge une partie du coût des sorties pour les adhérents.

L'ALESA finance (pour les adhérents) une partie des maillots et shorts de sport réalisés pour les classes de 1ères. (scolaires et apprentis)

Elle encourage toutes les activités proposées dans et hors établissement :

- Organisation de concerts, spectacles, sorties culturelles ou manifestations sportives diverses
- Gestion des clubs culturels et sportifs (de loisirs hors UNSS) ex : Hand ; basket, zumba... groupe musique...
- Aide à la mise en place de projets divers, de voyages périscolaires
- Cercle (foyers des apprenants)

La vocation de cette association est aussi de former les adhérents à la vie associative et à l'organisation d'activités et projets divers, notamment la coopération internationale et les Projets d'Initiative et Communication des BTSA.

Le bureau de l'association est composé d'élèves, apprentis et étudiants pour la Présidence, sa trésorerie et son secrétariat.

Les fonctions dans le bureau de l'association ou tout investissement peuvent être validés dans un livret de compétences que l'ALESA peut fournir et être valorisés dans la future vie professionnelle.

Ce sont les enseignantes d'éducation socioculturelle qui suivent la gestion de l'association.

*Pour la pratique de l'UNSS, il faut adhérer à l'Association Sportive dont la cotisation est de 25,00 € – Toutes les informations seront données par les enseignantes d'EPS à la rentrée.*

✂

**Adhésion à l'Association des Lycéens, Etudiants, Stagiaires et Apprentis (2025-2026)**

**COUPON ET REGLEMENT PAR CHEQUE A RENDRE AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION/REINSCRIPTION**

**sous enveloppe cachetée avec la mention ALESA**

Nom élève, étudiant ou apprenti : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Classe : \_\_\_\_\_

Nom du responsable légal \_\_\_\_\_

**Adhère**<sup>(1)</sup> : (chèque à l'ordre de l'ALESA)

**Autorise**<sup>(1)</sup> mon fils/ma fille à participer à un club, une sortie ou une soirée culturelle et de détente interne ou externe à l'établissement.

Coût de l'adhésion pour les élèves ou étudiants : 20,00 €

Coût de l'adhésion pour les apprentis : 10,00 € (présence dans l'établissement pour moitié du temps)

**N'adhère pas** <sup>(1)</sup>

*Votre fils/fille ne peut pas participer aux sorties proposées par l'ALESA car il/elle ne sera pas assuré.*

Le : \_\_\_\_\_ Signature

<sup>(1)</sup> cocher la case

# BOURSE NATIONALE DE LYCEE DE L'ENSEIGNEMENT AGRICOLE

ANNEE SCOLAIRE 2025/2026

à compléter et à retourner signée à l'établissement d'accueil dès que possible  
**Ce document est à rendre OBLIGATOIREMENT** pour tous les élèves, boursiers et non boursiers

NOM - Prénom du représentant légal :

Adresse :

Code postal :  Commune :

Mail :  Tél :

NOM - Prénom de l'élève :

Établissement d'accueil à la rentrée 2025 : ..... **LEGTA DE FONTAINES** .....

Classe :

Sont concernés les élèves (hors apprentis) des classes de :

2<sup>nde</sup>, 1<sup>ère</sup> et Terminale, en bac général, bac technologique ou bac professionnel

**Je souhaite déposer** une demande de bourse  
pour l'année scolaire 2025/2026

**Je ne souhaite pas déposer** de demande de  
bourse pour l'année scolaire 2025/2026



Cocher la case correspondant à  
votre choix



**ATTENTION** : il n'y a **PAS D'EXAMEN AUTOMATIQUE DU DROIT A BOURSE** dans l'enseignement agricole, et il n'y a plus de reconduction de la bourse d'une année sur l'autre.

**Toutes les familles qui souhaitent bénéficier d'une bourse sur critères sociaux en 2025/2026 doivent compléter ce formulaire** et le déposer ou l'envoyer accompagné de tous les documents justificatifs à l'établissement où l'élève est scolarisé :

- 📄 **Coupon réponse complété**
- 📄 **Avis d'Imposition 2025 (revenus 2024) TOUTES LES FEUILLES**
- 📄 **Si mention BIEN ou TRES BIEN au Brevet , joindre le relevé de notes du Brevet**
- 📄 **RIB au nom du parent demandeur**

**Dépôt des dossiers au plus tard le 17 octobre 2025 (inclus)**

NB : seuls les dossiers complets et reçus dans les délais seront traités

Fait à

le

Signature du représentant légal :



# Association des Parents d'Elèves du lycée de Fontaines

## L'APE c'est quoi?

Nous sommes une association de parents d'élèves composée uniquement de bénévoles et de volontaires, tous parents d'élèves du lycée de Fontaines. Association (loi 1901)

## Nos missions:

Faire le lien entre les parents et le lycée.

Représenter les parents d'élèves dans les différents conseils du lycée.

Collecter des fonds pour aider au financement en complément des adhésions à l'association (sorties, ventes spécifiques...)

## Nos actions:

- Aide à l'achat aux équipements obligatoires **pour nos adhérents**. (casques, bottes et tenues)
- Subvention pour les sorties ou voyages scolaires, et soirée musicales **pour nos adhérents**.
- Mise en place de la navette de bus entre la gare de Chagny et le lycée **pour nos adhérents** qui en ont la nécessité le lundi matin et le vendredi soir. Bien remplir le bulletin d'inscription !
- Organisation de voyage à prix attractif (exemple: Journée au salon de l'agriculture mars 2024).
- Vente de chocolat de Pâques.
- Animation d'un stand pour la journée portes ouvertes.
- Aide au financement de séances de sophrologie **en faveur de tous les élèves du lycée**

## Coût de l'adhésion pour les élèves:

Pour bénéficier de nos avantages, il suffit simplement de remplir le formulaire ci-joint, d'adhérer et de régler **une cotisation de 10€ par famille** en début d'année scolaire.

## Et pour les parents, il se passe quoi?

Vous trouverez ci joint notre bulletin d'adhésion. **Merci de nous le retourner POUR CHAQUE FAMILLE dument complété avec le dossier d'inscription ou en début d'année scolaire.**

## Ce bulletin d'inscription se décompose en 4 paragraphes:

\* **adhésion et cotisation**, pour bénéficier de nos actions, vos enfants doivent être adhérents, remplir les cases correspondantes et joignez votre règlement avec le bulletin.

\* **coordonnées élèves** à remplir lisiblement

\* **coordonnées parents** à remplir complètement et lisiblement

\* **vos souhaits pour nous rejoindre: (cochez les cases correspondantes):**

- être parent d'élève représentant pour la classe de votre enfant au conseil de classe: 2 membres titulaires, 2 membres suppléants par classe
- être parent d'élève représentant dans les divers conseils du lycée: 2 membres titulaires et 2 membres suppléants pour chaque conseil.
- être parent membre de l'APE (réunion en début et fin d'année au lycée, toutes les autres en cours d'année en visio et participation pour sortie et journée portes ouvertes).

**Alors rejoignez-nous! Toutes les bonnes volontés et les nouvelles idées sont les bienvenues!!!**

## **Prochaine assemblée générale**

**Le vendredi 19 septembre 2025 à 18h00 salle polyvalente du Lycée  
Accueil dès 17h pour discussions et renseignements**

**NOUS CONTACTER: [ape.legtafontaines@gmail.com](mailto:ape.legtafontaines@gmail.com)  
APE LEGTA FONTAINES 10 La Platière 71150 FONTAINES**



# BULLETIN D'ADHESION

A joindre au dossier d'inscription ou à ramener à rentrée

Lors de votre inscription au lycée, merci de placer **dans une enveloppe cachetée avec la mention APE** votre bulletin d'adhésion et votre chèque avec le nom de l'enfant au dos. Ne pas agraffer les chèques.

|   | Tarif                  | Nb d'enfants | TOTAL |
|---|------------------------|--------------|-------|
| Adhésion à l'association <b>Obligatoire</b> pour bénéficiaire de la navette et des aides financières) | <b>10€ par famille</b> |              |       |
| Cotisation navette apprentis  | 60€ par élève          |              |       |
| Cotisation navette autres élèves  | 110€ par élève         |              |       |
| <b>TOTAL</b>  |                        |              |       |

## Modalités de règlement

- par chèque à l'ordre de l'APE du LEGTA de Fontaines avec le nom de l'élève au dos
- par chèque en 2 fois: 2 chèques à donner à l'inscription, encaissés en octobre et janvier
- par virement bancaire: IBAN FR76 1780 6000 5532 4920 0500 087 BIC AGRIFRPP878

## LES ÉLÈVES

### Elève 1

Nom-Prénom: .....

Classe: .....

### Elève 2

Nom-Prénom: .....

Classe: .....

### Elève 3

Nom-Prénom: .....

Classe: .....

## LES PARENTS

### Responsable Légal 1

Nom-Prénom: .....

Adresse: .....

Mail: .....

Téléphone portable: .....

### Responsable Légal 2

Nom-Prénom: .....

Adresse: .....

Mail: .....

Téléphone portable: .....

\*\*\*\*\*

**Si vous êtes intéressés pour siéger à certaines instances, précisez votre nom et/ou prénom et cochez ci-dessous:**

Parent délégué au conseil de classe de mon enfant

Nom, prénom: ..... / Classe de l'élève:.....

Parent siégeant au conseil d'administration du lycée, nom prénom du parent : .....

Parent siégeant au conseil intérieur ou conseil de perfectionnement, nom prénom du parent : .....

Parent siégeant au conseil hygiène et sécurité, nom prénom du parent : .....

**Parent membre de l'Association des parents d'élèves:** nom prénom du parent: .....

**NOUS CONTACTER: [ape.legtafontaines@gmail.com](mailto:ape.legtafontaines@gmail.com)**

**APE LEGTA FONTAINES 10 La Platière 71150 FONTAINES**