

# DOSSIER D'INSCRIPTION 2ème année

## Année scolaire 2024-2025

### Brevet de Technicien Supérieur Agricole

ANABIOTEC

BIOQUALIM

GEMEAU

NOM (en majuscules) et Prénom usuel *du candidat* ..... Sexe .....

Prénoms de l'état civil ..... nationalité .....

Date de naissance ..... lieu de naissance ..... département .....

Régime :  Interne     Demi-pensionnaire     Externe

Logement souhaité :  Chambre type 1 (12 m<sup>2</sup>)     Chambre type 2 (15 m<sup>2</sup>)     Chambre type 3 (25 m<sup>2</sup>)

ADRESSE DE L'APPRENANT : .....

Commune ..... Code postal .....

Mail : ..... N° téléphone portable : .....

### ETABLISSEMENT D'ORIGINE

En classe de .....

Dernier établissement scolaire fréquenté (adresse complète) : .....

Code postal ..... Commune .....

N°Téléphone .....

Dernier Diplôme Obtenu ..... En (année) .....

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA FAMILLE

Responsable légal 1 <input type="checkbox"/>	Responsable légal 2 <input type="checkbox"/>
Situation familiale : <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> célibataire	Situation familiale : <input type="checkbox"/> marié(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> concubinage <input type="checkbox"/> pacsé(e) <input type="checkbox"/> célibataire
NOM : ..... Prénom : ..... Date et lieu de naissance : ..... ADRESSE du DOMICILE - Rue ou lieu-dit : ..... ..... Code postal : ..... Commune : ..... N° téléphone personnel : ..... N° téléphone portable : ..... Mail : .....	NOM : ..... Prénom : ..... Date et lieu de naissance : ..... ADRESSE du DOMICILE - Rue ou lieu-dit : ..... ..... Code postal : ..... Commune : ..... N° téléphone personnel : ..... N° téléphone portable : ..... Mail : .....
<b>Situation professionnelle :</b> <input type="checkbox"/> activité <input type="checkbox"/> préretraite <input type="checkbox"/> chômage <input type="checkbox"/> autre situation ( à préciser) <input type="checkbox"/> Retraite <b>Emploi :</b> (voir feuille jointe) ..... ..... NOM – adresse du lieu de travail : ..... ..... N° téléphone : .....- poste : .....	<b>Situation professionnelle :</b> <input type="checkbox"/> activité <input type="checkbox"/> préretraite <input type="checkbox"/> chômage <input type="checkbox"/> autre situation ( à préciser) <input type="checkbox"/> Retraite <b>Emploi :</b> (voir feuille jointe) ..... ..... NOM – adresse du lieu de travail : ..... ..... N° téléphone: .....- poste : .....
N° d'immatriculation à la Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole .....	N° d'immatriculation à la Sécurité sociale ou Mutualité sociale agricole .....

*Les données personnelles collectées dans le dossier d'inscription sont nécessaires aux seules fins de l'inscription de votre enfant auprès de l'école.*

**Je soussigné(e) père – mère – tuteur (tutrice) :**

➤ **Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés 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.**

Date et signature des responsables légaux,

Date et signature de l'apprenant,

Responsable légal 1

Responsable légal 2

## Liste des professions et catégories socio-professionnelles

agriculteurs sur grande exploitation  
agriculteurs sur moyenne exploitation  
agriculteurs sur petite exploitation  
anciennes professions intermédiaires  
anciens cadres  
anciens employés  
anciens ouvriers  
artisans  
cadres administratifs et commerciaux d'entreprises  
cadres de la fonction publique  
chauffeurs  
chefs d'entreprise de 10 salariés et +  
chômeurs n'ayant jamais travaillé  
clergé, religieux  
commerçants et assimilés  
contremaîtres, agents de maîtrise  
élèves, étudiants  
employés administratifs d'entreprises  
employés civils et agents de service de la fonction publique  
employés de commerce  
ingénieurs et cadres techniques d'entreprises  
militaires du contingent  
ouvriers agricoles  
ouvriers non qualifiés de type artisanal  
ouvriers non qualifiés de type industriel  
ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage, des transports  
ouvriers qualifiés de type artisanal  
ouvriers qualifiés de type industriel  
personnels des services directs aux particuliers  
personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans  
personnes diverses sans activité professionnelle de plus de 60 ans  
policiers et militaires  
professeurs des écoles, instituteurs et assimilés  
professeurs, professions scientifiques  
professions de l'information, des arts et des spectacles  
professions intermédiaires administratives commerciales en entreprise  
professions intermédiaires administratives de la fonction publique  
professions intermédiaires de la santé et du travail social  
professions libérales  
retraités agriculteurs exploitants  
retraités artisans, commerçants, chefs d'entreprise  
techniciens

## Pièces justificatives à joindre impérativement à votre dossier :

Liste des pièces	Vérification famille	Vérification établissement
<b>VIE SCOLAIRE - GESTION DES APPRENANTS</b>		
<input type="checkbox"/> Fiche Vie Scolaire complétée et signée		
<input type="checkbox"/> Attestation d'assurance couvrant la responsabilité civile pour 2024-2025		
<input type="checkbox"/> 1 relevé d'identité bancaire (RIB avec IBAN) au nom de l'apprenant		
<b>INFIRMERIE</b>		
<input type="checkbox"/> Fiche d'urgence <input type="checkbox"/> Certificat médical		
<b>SERVICE FINANCIER</b>		
<input type="checkbox"/> Demande de prélèvement automatique <input type="checkbox"/> Notification conditionnelle de bourse (même si échelon zéro)		

***Pour tout renseignement veuillez adresser un mail : [vs-enil.mamirolle@educagri.fr](mailto:vs-enil.mamirolle@educagri.fr)***

**Ce dossier est à envoyer : **AVANT le 19/07/2024****

**-Par mail**: [vs-enil.mamirolle@educagri.fr](mailto:vs-enil.mamirolle@educagri.fr)

**-Par voie postale** : ENILEA Campus de Mamirolle  
Service inscription  
15 Grande Rue  
25620 MAMIROLLE

**ATTENTION** : l'inscription ne pourra être effective que si tous les documents sont réunis.

## FICHE VIE SCOLAIRE 2024-2025

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'APPRENANT

NOM : ..... PRENOM(S): .....

Classe: .....

Date de naissance : .....

### REGIME DE L'APPRENANT

DEMI-PENSIONNAIRE

EXTERNE

INTERNE

STATUT DE L'APPRENANT :

Mineur

Majeur

Majeur dans l'année le : .....

### IMMATRICULATION

Plaque d'immatriculation véhicule : .....

Modèle : .....

Couleur : .....

N° Sécurité Sociale : .....

Fait le ..... à .....

REGLEMENT INTERIEUR

Je soussigné(e).....

en classe de ..... atteste avoir pris connaissance du règlement intérieur de l'ENILEA Campus de Mamirole (disponible sur le site Internet de l'ENILEA) et y adhérer.

Signature des responsables légaux  
(Obligatoire si apprenant mineur)

Signature de l'apprenant  
(Obligatoire)

REGLEMENT INTERIEUR DE L'HEBERGEMENT

Je soussigné(e) .....étudiant(e)/apprenti(e)

en classe de ..... atteste avoir pris connaissance du règlement de l'hébergement (disponible sur le site Internet de l'ENILEA) et y adhérer.

Signature des responsables légaux  
(Obligatoire si apprenant mineur)

Signature de l'apprenant  
(Obligatoire)

AUTORISATION DROIT A L'IMAGE POUR L'ANNEE SCOLAIRE

Je soussigné(e).....étudiant(e)/apprenti(e)

en classe de ..... à l'ENILEA Campus de Mamirole, autorise gracieusement l'établissement à me photographier et/ou effectuer des prises de vue vidéo graphiques et/ou procéder à l'enregistrement sonore de ma voix dans le cadre de ses activités scolaires. L'ensemble de ces documents pourra être utilisé en classe pour des actions d'information ou de promotion des réalisations du lycée.

Signature des responsables légaux  
(Obligatoire si apprenant mineur)

Signature de l'apprenant  
(Obligatoire)

REGLEMENT FINANCIER RESTAURATION ET HEBERGEMENT

Je soussigné(e) .....étudiant(e)/apprenti(e)

en classe de ..... atteste avoir pris connaissance du règlement financier restauration et hébergement (disponible sur le site Internet de l'ENILEA) et y adhérer.

Signature des responsables légaux  
(Obligatoire si apprenant mineur)

Signature de l'apprenant  
(Obligatoire)

NOM – PRÉNOM DE L'APPRENANT :

DATE DE NAISSANCE :

CLASSE :

RÉGIME SCOLAIRE :  DP  Externe  Interne

ADRESSE DE L'APPRENANT :

☎ PORT. DE L'APPRENANT :

**DATE DU DERNIER RAPPEL DT COQ-POLIO :**

Assurez-vous auprès de votre médecin traitant que vos vaccinations sont à jour pour la rentrée.

**Pour les mineurs**, le carnet de santé sera demandé lors de la visite médicale de rentrée.

**Pour les mineurs internes**, avoir sur soi une copie de la carte vitale de l'assuré et une copie de la carte mutuelle.

**EN CAS D'URGENCE**

RESPONSABLE LÉGAL 1		RESPONSABLE LÉGAL 2		☎ Autres personnes à prévenir
<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Autre		
ADRESSE DOMICILE				
☎ DOMICILE				
☎ PORT.				
☎ TRAVAIL				
E.MAIL				

Numéro assuré social du responsable légal ou de l'apprenant majeur	Sécurité Sociale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Mutualité Sociale Agricole	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse complémentaire santé	Nom de la caisse ou de la mutuelle						
	N° d'immatriculation ou du contrat						

Nom & adresse du médecin traitant :



**AUTORISATION PARENTALE**

Je soussigné(e), ..... père, mère, tuteur légal (1) autorise l'administration de l'établissement à faire dispenser les soins reconnus nécessaires par un médecin et à prendre le cas échéant, toutes les mesures utiles.

« Aucun acte médical, ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne » et que « ce consentement peut être retiré à tout moment » (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé).

Date et signature du responsable légal ou de l'apprenant majeur,

(1) rayer la mention inutile

**RECTO-VERSO**

NOM – PRÉNOM DE L'APPRENANT :

CLASSE :

**DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à compléter  
(Valable une année scolaire)**

*Ce document suivra l'apprenant aux services des urgences de l'hôpital en cas d'accident ou de maladie et lors de déplacements hors de l'établissement (voyage d'étude ...).*

*L'apprenant mineur ne peut quitter l'hôpital qu'accompagné d'un parent ou d'un représentant légal.*

**Manifestations allergiques (alimentaires, médicamenteuses ou autres)**

Précisez :

**Médicament (s) d'urgence** : rapporter les médicaments d'urgence dès la rentrée dans une trousse d'urgence identifiée contenant médicaments et ordonnances datant de moins de 3 mois.

Précisez-le ou les médicaments prescrits ci-dessous :

**Prise régulière de médicaments** : rapporter les médicaments dès la rentrée dans une pochette identifiée contenant médicaments et ordonnances datant de moins de 3 mois à l'infirmière.

Précisez-le ou les médicaments prescrits ci-dessous :

**Aménagements particuliers** : (joindre obligatoirement une copie du document justificatif en cours et/ou année précédente)

- RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé)
- AE (Aménagement d'Épreuves) joindre document de l'année précédente
- PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé) joindre document de l'année précédente
- PAI (Projet d'Accueil Individualisé) joindre document de l'année précédente
- PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation) joindre document de l'année précédente
- AVS (Auxiliaire de Vie Scolaire) - Nombre d'heures : .....joindre notification de décision MDPH
- Inaptitude partielle ou totale à la pratique de l'EPS joindre certificat médical actualisé

*Si besoin de communiquer des informations confidentielles, merci de contacter l'infirmière au **06 03 12 61 62***

*ou*

ENILEA Campus de Mamirolle tél. 03-70-27-20-57 – ENILEA Campus de Poligny tél 03-84-73-76-76

Vu et pris connaissance par le représentant légal (si l'apprenant est mineur),	Vu et pris connaissance par l'apprenant majeur,
Date et signature,	Date et signature,



**CERTIFICAT  
MÉDICAL**

*A faire établir par le médecin  
uniquement pour les apprenants majeurs à la date de la rentrée*

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie que l'élève :

Nom : Prénom :

Né(e) le : à :

- n'est atteint d'aucune maladie contagieuse susceptible de nuire à autrui, et qu'il (elle) répond aux exigences sanitaires qui sont imposées aux salariés des entreprises agroalimentaires.

- que ses vaccinations sont à jour.

A , le

**Signature et cachet du médecin,**

## Campus Mamirolle

Grande rue  
25620 MAMIROLLE  
Tél. 03 81 55 92 00  
Fax 03 81 55 92 17

**Courrier à destination  
des familles & des apprenant.e.s**

Objet : Education physique et sportive

Madame, Monsieur,

L'Education Physique Scolaire obligatoire se doit d'être accessible à tous les élèves quels que soient leur problème de santé ou leur handicap. Tous les textes officiels incitent à la mise en place d'un enseignement adapté dans la discipline pouvant même aboutir à une proposition d'épreuves adaptées pour les élèves inscrits à un examen.

Soucieuse de la réussite et du bien-être de ses élèves, la communauté scolaire de l'établissement vous invite à utiliser le modèle du **certificat médical d'inaptitude et à le transmettre à votre médecin traitant**.

Ce certificat permettra aux enseignants d'EPS d'obtenir des informations utiles (dans le respect du secret médical) afin d'adapter leur enseignement aux possibilités de votre fils / fille, avec l'aide des services de la santé scolaire.

En vous remerciant à l'avance pour votre participation et en restant à votre disposition pour tout complément d'information, veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Directeur de l'ENILEA,  
Samuel BITSCH

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, ainsi que le décret n° 2005-1617 du 21 décembre 2005 réaffirment le caractère obligatoire de l'éducation physique et sportive et le caractère exceptionnel de l'exemption.

L'équipe EPS et l'équipe médicale du lycée proposent un programme d'EPS adapté pour les élèves concernés par une inaptitude partielle supérieure à un mois.

Afin de mieux cerner notre enseignement, nous vous demandons de bien vouloir préciser les types d'exercices autorisés et/ou fortement déconseillés, voire défendus pour votre patient.

Merci de bien vouloir déterminer cette inaptitude en termes fonctionnels et cocher les fonctions qui peuvent être sollicitées chez votre patient.

**CERTIFICAT MÉDICAL D'INAPTITUDE  
 À LA PRATIQUE DE L'ÉDUCATION 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** : .....

Etablissement : **ENILEA 25620 MAMIROLLE**

Né (e) le .....

et constate 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 situations		
	oui	non		oui	non		oui	non
Marcher			Effort long et modéré			Activité aquatique		
Courir			Effort intense et bref			Activité en hauteur		
Sauter						En fonction de conditions climatiques particulières		
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**

Date et signature et cachet du médecin

**Nombre de cases cochées : .....**

15 grande rue  
25620 MAMIROLLE  
03-81-55-92-00  
enil.mamirolle@educagri.fr

## NOTE D'INFORMATION DEMANDE DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Madame, Monsieur,

J'ai l'honneur de vous informer de la possibilité de régler les frais de pension et demi-pension par prélèvement automatique par mensualité : la date de prélèvement est fixée au 6 de chaque mois, d'octobre à juillet, et au-delà en cas de régularisation à effectuer.

A ce titre, je vous prie de trouver en pièce jointe :

- Une autorisation de prélèvement à compléter entièrement (toute demande de prélèvement incorrectement remplie ne permettra pas la mise en place du prélèvement à temps), à signer et à retourner à l'ENILEA, accompagnée d'un RIB. **Aucune demande faite sur une année antérieure ne sera reconduite.**

En septembre ou dès réception de ce document, je vous transmettrai un échéancier qui vous indiquera le montant et la fréquence des prélèvements.

**ATTENTION** : les dépenses liées à l'entretien des enfants incombent aux parents (mariés, séparés ou divorcés) dès lors que l'autorité parentale ne leur a pas été retirée.

Les parents sont tenus solidairement des dettes alimentaires de leurs enfants, au nombre desquelles figurent les frais de restauration scolaire.

**De plus, les modalités de contribution à l'entretien des enfants prévues par convention ou jugement, ne valent qu'entre les parties. L'agent comptable ne peut se voir obligé d'établir deux factures distinctes pour le partage des frais entre les parents.**

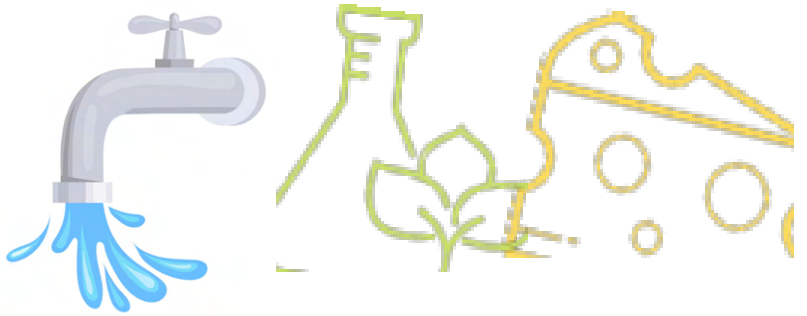
Il appartient donc au parent à qui a été adressé l'unique facture de solliciter, le cas échéant, de l'autre parent le règlement ou le remboursement des frais engagés.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes salutations distinguées

L'Agent Comptable de l'EPLA,

Alain GRABARCZYK





# Bulletin d'adhésion à L'ALESA

**L'ASSOCIATION DES LYCÉENS, ETUDIANTS, STAGIAIRES  
ET APPRENTIS DE L'ENILEA Campus de Mamirolle**

Votre association étudiante est animée et gérée par vous, les apprenants. Elle met de la vie sur le campus, elle anime le foyer, elle vous propose une salle de musculation pour garder la forme et vous fournit même un service de laverie pour rester impeccable durant la semaine de cours. En gros, nous créons du lien entre les étudiants!



Notre insta : @alesa.enil.mamirolle

<https://www.facebook.com/alesa.enildemamirolle>

Notre email : alesa@enil-mamirolle.fr



**Au programme** : le foyer des étudiants (bar, écran TV avec connexion wifi, borne d'arcade de jeux vidéos, billard et baby-foot, jeux de société...), espace de détente et de convivialité, salle de musculation, soirées et sorties, vente de chocolats, soirée crêpes, projets vestes et tee-shirts, projets de financement pour les voyages d'études, tarifs préférentiels aux activités ALESA, matériel de musique... + vos suggestions bien sûr

## Comment participer à la vie de l'asso ?

- En adhérant à l'association / 2 formules possibles : bulletin 1 ou 2, au choix
- En étant élu dirigeant de l'asso lors de l'Assemblée générale de rentrée, élu au Conseil d'Administration (CA) ou au Bureau.
- En participant à nos activités

**IMPORTANT** / Le service laverie est réservé aux adhérents de l'association ALESA (accès permanent et gratuit aux machines à laver et séchoirs à linge)



## Comment accéder à la salle de musculation ?

En utilisant le **BULLETIN 2** (adhésion "complète" ALESA + Salle de musculation)

**Nous vous souhaitons la bienvenue à l'ENILEA Campus de Mamirolle et dans l'association !**

---

Le présent bulletin d'adhésion à notre association + le règlement par chèque (à l'ordre de l'ALESA) sont à renvoyer en même temps que votre dossier d'inscription à l'ENILEA Campus de Mamirolle. NB : si les noms de l'adhérent et de l'émetteur du chèque sont différents, svp indiquer le nom de l'adhérent au crayon au verso du chèque, ça sera bien pratique!

---

### **BULLETIN 1 / Adhésion à l'ALESA pour l'année scolaire 2024-2025 :**

NOM - prénom : .....

Filière et promo (ex: BTSA STA 2024-2026) : .....

Statut (Entourer la bonne proposition) : Apprenti / Formation continue / Formation initiale

Date d'adhésion (ex : 2 sept. 2024) : .....

Signature : .....

Ci-joint, règlement par **chèque à l'ordre de l'ALESA de 15€**

---

**OU**

---

### **BULLETIN 2 / Adhésion "complète" (accès salle de muscu) pour l'année scolaire 2024-2025 :**

NOM - prénom : .....

Filière et promo (ex: BTSA STA 2024-2026) : .....

Statut (Entourer la bonne proposition) : Apprenti / Formation continue / Formation initiale

Date d'adhésion (ex : 2 sept. 2024) : .....

Je m'engage à respecter le règlement intérieur et les règles de sécurité de la salle de musculation de l'ALESA, signature : .....

Ci-joint, règlement par **chèque à l'ordre de l'ALESA :**

- **si Apprenti ou Formation continue : 30€**
- **si Formation initiale : 35€**



## AMICALE DES ANCIENS ELEVES DE L'ENIL DE MAMIROLLE

### Bulletin d'adhésion à l'entrée en formation à l'ENILEA

Les élèves et les anciens élèves de l'ENILEA peuvent compter sur l'Amicale des anciens élèves pour les accompagner durant la formation et pendant leur carrière professionnelle.

Cette association, fondée en 1904, propose notamment à ses adhérents de :

- ✓ Les aider à la recherche de stage.
- ✓ Développer le réseau d'amicalistes en rencontrant des anciens en poste.
- ✓ Recevoir les offres d'emploi tout au long de leur carrière professionnelle pour ne pas passer à côté de belles opportunités. (+ de 300 offres d'emploi/an).
- ✓ Participer aux événements organisés par l'amicale (voyages, repas dansant avec plateau de fromage, week-end jeunes anciens)
- ✓ Soutenir l'organisation des manifestations à destination des apprenants (Mamirobal par exemple).
- ✓ Recevoir le journal de l'Amicale.

**Pour rejoindre l'Amicale, il suffit de compléter ce bulletin en joignant un chèque de cotisation de 40 € à l'ordre d'Amicale ENIL.**  
Inscription également possible par CB sur le site : [bit.ly/amicotiz](http://bit.ly/amicotiz)

### Cette cotisation est illimitée dans le temps.

L'Amicale vous accompagnera pendant toute votre scolarité puis votre carrière  
Une question ? Contactez-nous : [amicaleenil@gmail.com](mailto:amicaleenil@gmail.com)

---

Nom : ..... Prénom : .....

Numéro de téléphone : .....

Formation suivie à l'ENIL : .....  1<sup>e</sup> année .....  2<sup>e</sup> année

Adresse : .....

CP : ..... Ville : .....

Adresse mail : .....

Païement : ...  40 € par chèque ...  40€ en CB [bit.ly/amicotiz](http://bit.ly/amicotiz)