

CATEGORIE SOCIO PROFESSIONNELLE = C.S.P.

Cocher la case correspondant à votre situation professionnelle

Niveau agrégé	Niveau de publication courante	Niveau détaillé	Profession	
			Père	Mère
1	Agriculteurs exploitants	11 Agriculteurs sur petite exploitation		
		12 Agriculteurs sur moyenne exploitation		
		13 Agriculteurs sur grande exploitation		
2	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21 Artisans		
		22 Commerçants et assimilés		
		23 Chefs d'entreprise de 10 salariés au plus		
3	Cadres et professions intellectuelles supérieures	31 Professions libérales		
		33 Cadres de la fonction publique		
		34 Professeurs, professions scientifiques		
		35 Professions de l'information, des arts et des spectacles		
		37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprises		
		38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprises		
4	Profession intermédiaires	42 Instituteurs et assimilés		
		43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social		
		44 Clergé, religieux		
		45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique		
		46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises		
		47 Techniciens		
5	Employés	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique		
		53 Policiers et militaires		
		54 Employés administratifs d'entreprise		
		55 Employés de commerce		
6	Ouvriers	56 Personnels des services directs aux particuliers		
		62 Ouvriers qualifiés de type industriel		
		63 Ouvriers qualifiés de type artisanal		
		64 Chauffeurs		
		65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport		
		67 Ouvriers non qualifiés de type industriel		
7	Retraités	68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal		
		69 Ouvriers agricoles		
		71 Anciens agriculteurs exploitants		
		72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise		
		74 Anciens cadres		
8	Autres personnes sans activité professionnelle	75 Anciennes professions intermédiaires		
		77 Anciens employés		
		78 Anciens ouvriers		
		81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé		
		83 Militaires du contingent		
		84 Elèves, étudiants		
		85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)		
		86 Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)		



Classe : 3^{ème} de l'Enseignement Agricole

Année scolaire 2020-2021

ELEVE Régime : <input type="checkbox"/> INTERNE - <input type="checkbox"/> DEMI-PENSIONNAIRE - <input type="checkbox"/> EXTERNE	
NOM (en majuscules) : Prénom :	
Date de naissance : / / Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	
Lieu de naissance : Département de naissance :	
Nationalité : <input type="checkbox"/> Française - <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	
N° de Téléphone portable de l'élève :	
Adresse de l'élève :	
Mail de l'élève :	
Moyen de transport Domicile/lycée : N° immatriculation :	
RESPONSABLE LEGAL 1 <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme Nom et Prénom : Adresse du domicile : Code postal : Commune : *N° téléphone : Liste rouge : <input type="checkbox"/> *N° téléphone portable : N° de fax : *Adresse mail : (à compléter très lisiblement)@..... Autorise la communication des coordonnées : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non (association de parents, covoiturage) Disposez-vous d'un accès internet pour consulter l'ENT ⁽¹⁾ ? <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non Acceptez-vous de recevoir les courriers par mail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Situation professionnelle : En activité <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Profession : Employeur : N° téléphone du lieu de travail : *champ obligatoire (1) ENT : Espace Numérique de Travail pour consulter l'emploi du temps, les absences, le cahier de texte de la classe, ..., de votre enfant	RESPONSABLE LEGAL 2 <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme Nom et Prénom : Adresse du domicile : Code postal : Commune : *N° téléphone : Liste rouge : <input type="checkbox"/> *N° téléphone portable : N° de fax : *Adresse mail : (à compléter très lisiblement)@..... Autorise la communication des coordonnées : <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non (association de parents, covoiturage) Disposez-vous d'un accès internet pour consulter l'ENT ⁽¹⁾ ? <input type="checkbox"/> oui - <input type="checkbox"/> non Acceptez-vous de recevoir les courriers par mail ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Situation professionnelle : En activité <input type="checkbox"/> Chômage <input type="checkbox"/> Retraite <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Profession : Employeur : N° téléphone du lieu de travail : *champ obligatoire (1) ENT : Espace Numérique de Travail pour consulter l'emploi du temps, les absences, le cahier de texte de la classe, ..., de votre enfant
Responsable légal : <input type="checkbox"/> Père et mère - <input type="checkbox"/> Père - <input type="checkbox"/> Mère - <input type="checkbox"/> Tuteur - <input type="checkbox"/> Elève lui-même - <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) ...	
Situation familiale : <input type="checkbox"/> Mariés <input type="checkbox"/> Séparés ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Divorcés ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> PACS (1) En cas de séparation, de divorce : Autorité parentale partagée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (joindre une copie du jugement)	
Responsable du paiement des factures : <input type="checkbox"/> Père et mère - <input type="checkbox"/> Père - <input type="checkbox"/> Mère - <input type="checkbox"/> Parents (séparés, divorcés) (paiement à part égale) (joindre obligatoirement un courrier signé des 2 parents demandant un paiement à part égale + RIB des 2 parents)	
Autres : <input type="checkbox"/> Tuteur - <input type="checkbox"/> Elève lui-même - <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) :	
N° INE (Identifiant National Elève) (9 chiffres et 2 lettres) : _____ mentionné sur les bulletins trimestriels ou sur l'EXEAT (certificat de fin de scolarité) à demander à l'établissement d'origine (Collège ou Lycée)	

Coller une photo d'identité récente

ETABLISSEMENT D'ORIGINE (dernier établissement scolaire fréquenté) :

NOM de l'établissement :
Adresse :
Code postal : Ville :
N°Téléphone :N° de fax :
En classe de
Diplôme obtenu :

Frères et sœurs :	Nom-Prénom	Date de naissance	Scolaire ou employé (préciser l'établissement)	Régime (Interne DP Externe)
	-Ets :
			Adresse :	
			CP Ville :	
	-Ets :
			Adresse :	
			CP Ville :	
	-Ets :
			Adresse :	
			CP Ville :	

Paiement des frais de pension/demi-pension : ➔ Si vous le souhaitez, vous pouvez :

- ⁽¹⁾ mettre en place un paiement **par prélèvement automatique mensuel** :
Merci de compléter, dater et signer (recto et verso) l'imprimé intitulé « Mandat de prélèvement SEPA »
joint au dossier
- ou
- ⁽¹⁾ mettre en place un paiement **par virement Internet** par vos soins sur le compte du lycée :
Les coordonnées comptables destinataire du règlement sont les suivantes :
IBAN : FR76 1007 1370 0000 0010 0011 457 BIC : TRPUFRP1
- Lorsque vous recevrez l'appel à pension ou autre facture, merci de saisir dans le cadre des références :
les informations suivantes : EPLEFPA Amboise – Chambray – LPA Amboise + le n° de facture mentionné
dans le pavé en bas à gauche de l'avis aux familles
- ou
- ⁽¹⁾ obtenir un échéancier mensuel **sans** prélèvement automatique :
Merci d'adresser votre demande écrite à Monsieur l'Agent comptable de l'EPLFPA Amboise - Chambray
- ou
- ⁽¹⁾ par chèque



Dans tous les cas, merci d'agrafer ici 2 Relevés d'Identité Bancaire

(1) Cocher la case de votre choix

Je soussigné(e), Nom et Prénom du responsable 1 :

Je soussigné(e), Nom et Prénom du responsable 2 :

père – mère – tuteur de l'élève Nom et Prénom :

- certifie sur l'honneur les renseignements précisés sur ce document ;
- atteste avoir pris connaissance du Règlement Intérieur et m'engage à le respecter ;
- m'engage à payer la pension (internat – demi pension) conformément au tarif en vigueur et autres frais (frais de scolarité, participation aux voyages,...) pendant la durée de la scolarité.

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'élève,

EN CAS DE SUIVI EDUCATIF (AEMO, AED, PJJ, Pôle Sanitaire et Social, autre...)

Référent (nom de l'organisme, de la structure...)
.....

Adresse complète :
.....

Téléphone :

NOM, Prénom de l'éducateur en charge du suivi :

M., Mme.....

Téléphone :Courriel :

L'élève est

- maintenu dans sa famille « biologique »
- en famille d'accueil
- autre (à préciser)

Courriers

- factures à adresser :

- à la famille « biologique »
- à la famille d'accueil
- à l'organisme

- Courriers liés à la scolarité (bulletins, punitions etc)

- à la famille « biologique »
- à la famille d'accueil
- à l'organisme

Tournez SVP



