MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE
Liberté
Égalité
Fraternité

L'AVENTURE DU VIVANT
LES MÉTIERS GRANDEUR NATURE

Campus AgriCorsica
U RIZZANESI - SARTÈ

PHOTO
OBLIGATOIRE

DOSSIER D'ADMISSION
ANNEE SCOLAIRE 20…… ../ 20…….

NOM (élève)……

PRENOM…….

Né(e) le …… Ville de naissance :
……...

Département de
naissance……Nationalité …….

Mail Elève
…….

Téléphone
Elève…….

EN CLASSE DE BTS 1ere Année ou BTS 2eme Année

- ☐ ACSE
- ☐ GPN
- ☐ GF
- ☐ GEMEAU

Reconnaissance MDPH (PAI-PAP-autre) oui – non (1)

Dernier établissement scolaire fréquenté :
…….....

Classe : ……...

Adresse complète de l'établissement :
……
……...
.....

CULLETTIVITÀ DI CORSICA
COLLECTIVITÉ DE CORSE

Lycée d'Enseignement Général et Technologique de Corse du Sud
Route de Levie – 20100 SARTENE
Tél. Standard : 04 95 77 09 76 Fax : 04 95 73 46 33
Mail : legta.sartene@educagri.fr

MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE
Liberté
Égalité
Fraternité

L'AVENTURE DU VIVANT
LES MÉTIERS GRANDEUR NATURE

Campus AgriCorsica
U RIZZANESI - SARTÈ

A remplir obligatoirement pour les deux parents

Je soussigné(e), **responsable légal**(e) père, mère, tuteur,

(1)

NOM :……

Prénom (s) :……

Adresse complète :……

Commune :…… Code postal :……

Profession : …… tél. domicile……

Portable Parents (obligatoire- en cas d'urgence)……

Mail Parents……

SOLLICITE L'ADMISSION DEFINITIVE DE : Mon fils Ma fille Pupille (1)

Fait à ……LE ……20……

Signature du responsable légal

(1) : rayer les mentions inutiles

Information sur le deuxième parent, en cas de séparation :

Nom :……..

Prénom :……..

Adresse :……

Téléphone :……..

Mail :……

Profession :……

MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE
Liberté
Égalité
Fraternité

L'AVENTURE DU VIVANT
LES MÉTIERS GRANDEUR NATURE

Campus AgriCorsica
U RIZZANESI - SARTÈ

ENGAGEMENT *(à remplir par les parents ou toute autre personne se portant garant du paiement de la pension et des frais de scolarité)*

Je soussigné(e)

NOM :……

Prénom : ……

Lien de parenté avec l'élève : ……

Adresse complète :……

……

Commune :…… Code postal :……

Profession : …….. tél domicile……

Portable……..Mail……

Nom et adresse de l'employeur éventuel : ……..

……..

M'engage à payer la pension (internat – demi-pension) de :

Nom et Prénom : ……

Elève en classe de ……

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
……20……..

Signature