

UNIQUEMENT POUR LES ELEVES DE FILIERE PROFESSIONNELLE

Autorisation du représentant légal

Année scolaire 2025-2026

Allocation en faveur des lycéens de la voie professionnelle dans le cadre
de la valorisation des périodes de formation en milieu professionnel

Je soussigné (e) (Nom, prénom) : _____

Représentant légal de l'élève mineur :

(Nom, prénoms)

Né(e) le .../.../... à _____

Inscrit au Lycée Polyvalent BoisJoly Potier situé au 14ème km au Tampon

En classe de (niveau, diplôme, spécialité) _____

Autorise ce(tte) dernier(e) à bénéficier de l'allocation en faveur des lycéens professionnels dans le cadre
de la valorisation des périodes de formation en milieu professionnel.

Conformément à l'arrêté n°765 du 11/08/2023 déterminant les montants et les conditions de versement
de l'allocation aux lycéens de la voie professionnelle engagés dans des périodes de formation en milieu
professionnel, je confirme mon choix que cette allocation soit versée sur :

- ☐ Le compte bancaire de (Nom, prénoms de l'élève) en tant que bénéficiaire direct de l'aide
(joindre RIB)
- ☐ Mon compte bancaire en tant que représentant légal (joindre RIB)

**Cette autorisation doit être accompagnée d'une copie de la pièce prouvant le lien entre le
représentant légal et l'élève mineur ci-dessus mentionné (livret de famille, ...).**

En conformité avec ce choix, je :

- Certifie que les coordonnées bancaires transmises à l'établissement dont dépend (Nom, prénoms
de l'élève) sont exactes ;
- Demande et accepte que tous les versements relatifs à l'allocation susmentionnée soient réalisés
sur ces coordonnées de paiement pour la période relative à l'année scolaire en cours.

En cas d'erreur ou de modification des coordonnées bancaires au cours de l'année, le bénéficiaire et
son représentant légal s'engagent à en informer l'établissement dont le bénéficiaire dépend et à lui
communiquer dans les plus brefs délais un nouveau relevé d'identité bancaire.

En cas de changement d'établissement dans l'année, une nouvelle autorisation du représentant légal
doit être transmise au nouvel lycée d'accueil.

*Je reconnais être informé(e) des dispositions des articles 441-6 et 441-7 du Code pénal, ce dernier prévoyant " [...] qu'« est puni
d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende le fait : 1° D'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits
matériellement inexacts ; 2° De falsifier une attestation ou un certificat originairement sincère ; 3° De faire usage d'une attestation
ou d'un certificat inexact ou falsifié. Les peines sont portées à trois ans d'emprisonnement et à 45 000 euros d'amende lorsque
l'infraction est commise en vue de porter préjudice au Trésor public ou au patrimoine d'autrui. »*

Date et signature du représentant légal

[Document à conserver en établissement en cas de contrôle par l'ASP]

ACTUALISATION QUESTIONNAIRE SANTÉ

À remplir par les parents ou responsables légaux

Dans le cadre de sa formation professionnelle votre enfant mineur effectuée depuis son arrivée dans l'établissement des travaux réglementés nécessitant une dérogation aux travaux dangereux. Cette dérogation doit être renouvelée. À cet effet, il vous est demandé de bien vouloir remplir le questionnaire ci-dessous, afin d'évaluer l'état de santé de votre enfant.

| Renseignements sur l'élève | |
|--|----------|
| NOM : | Prénom : |
| Né(e) le : | |
| Classe : | |
| Formation suivie : | |
| Autres renseignements (facultatifs) : | |
| Coordonnées téléphoniques du ou des représentants légaux : | |
| - | |
| - | |
| Courriel du ou des représentants légaux : | |
| - | |
| - | |

-Si l'état de santé de votre enfant ne s'est pas modifié depuis la dernière visite médicale du médecin scolaire, merci de compléter la rubrique « renseignement de l'élève » et de renvoyer ce document à l'administration du lycée pour qu'il y soit intégré à son dossier scolaire et **cocher la case** ☐

Une copie de ce document sera systématiquement transmis par l'administration du lycée au médecin scolaire afin d'être intégré à son dossier médical.

-Si l'état de santé de votre enfant s'est modifié depuis la dernière visite médicale du médecin scolaire, merci de compléter les renseignements médicaux ci-dessous et de **mettre ce questionnaire sous enveloppe cachetée** à l'attention du personnel infirmier de l'établissement.

Ce questionnaire est confidentiel.

-Votre enfant a-t-il eu des problèmes de santé ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, préciser lesquels :

-Prend-il des médicaments ?.....

☐ OUI

☐ NON

Si oui, lesquels ?

-A-t-il été hospitalisé ?

☐ OUI

☐ NON

Si oui, préciser : date, motif, durée.....

Avez-vous autre chose à signaler ? (joindre un courrier si nécessaire)

Date :

Signature du ou des représentants légaux :