



## ORGANISATION DES COURS AU CENTRE

Lieu : Saint-Rémy-lès-Chevreuse

Année : \_\_\_\_\_

*Nom de l'élève*

*Prénom de l'élève*

- L'élève doit se présenter au cours au jour et à l'heure fixés conjointement entre l'intervenant d'ARP Cours et la famille de l'élève.
- En cas d'absence il est impératif de prévenir ARP Cours dans les plus brefs délais dans les 24 heures.
- Par ailleurs en cas d'absence de l'élève, la famille sera informée soit par téléphone soit par SMS soit par mail.
- Pendant les cours au Centre, l'élève aura accès à la documentation et aux outils pédagogiques mis à sa disposition par ARP Cours. Toute détérioration ou toute manipulation inadaptée sera signalée à la famille et pourra faire l'objet de dédommagements.
- Pendant les cours au Centre, l'élève pourra accéder sur demande, à titre exceptionnel et provisoirement, à la connexion Wifi du Centre. L'élève devra respecter la charte d'utilisation du réseau Wifi d'ARP Cours.
- Pendant toute la durée du temps de présence au Centre, l'élève ne sera pas autorisé à sortir. Il devra avoir un comportement et une attitude studieux.
- A l'intérieur du Centre, l'élève devra arrêter ou mettre en silence son téléphone portable, ainsi que son appareil musical ou son PC portable ou sa tablette, ou autre équipement numérique ou connecté.
- La Direction d'ARP Cours et ses intervenants pédagogiques déclinent toute responsabilité en cas de perte ou de vol ou de détérioration des objets personnels de l'élève, tel que bijoux, vêtements, lunettes, téléphones, ordinateurs portables, tablette, appareil musical, ou tout autre de quelque nature que ce soit.
- En cas d'urgence médicale, ARP Cours informera la famille et pourra faire appel aux services d'urgence compétents.
- L'élève devra respecter les consignes sanitaires en vigueur à l'intérieur du Centre.

### Personne à prévenir en cas d'urgence

*Nom*

*Téléphone*

*Mère* :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Père* :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Autre* :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Hôpital souhaité* :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Précisez tout traitement médical spécifique et régulier

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

*Signature et date, précédées de la mention « lu et bon pour accord ».*