



ELEVE

Nom		Prénom	
Date de Naissance		Classe	
Adresse			

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur

Père Mère Responsable de

AUTORISE LA DIRECTRICE DE L'ÉCOLE PRIMAIRE STE CROIX DE CHATEAUGIRON À DONNER LES SOINS NÉCESSITÉS PAR SON ÉTAT DE SANTÉ ET, EN CAS D'URGENCE, À LE FAIRE HOSPITALISER ET, AU BESOIN, À LE FAIRE OPÉRER.

Il est bien évident que cette autorisation ne sera utilisée qu'en cas d'urgence, si nous n'arrivons pas à vous joindre.

PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom		Prénom	
Téléphone domicile		N° de Sécurité sociale	
Tél. professionnel		Mutuelle complémentaire	
Téléphone portable			

DEUXIEME PERSONNE A CONTACTER EN CAS D'URGENCE

Nom		Prénom	
Téléphone domicile		N° de Sécurité sociale	
Tél. professionnel		Mutuelle complémentaire	
Téléphone portable			

INDICATIONS MEDICALES

Médecin traitant		Téléphone	
DTP <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rougeole* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Oreillons* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Rubéole* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hépatite B* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Coqueluche* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Méningocoque C* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Pneumocoque* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les vaccins marqués d'un * ne sont obligatoires que pour les enfants nés après le 1 ^{er} janvier 2018			Haemophilus influenzae B* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Autres vaccins

Votre enfant est-il allergique à des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Votre enfant a-t-il d'autres formes d'allergies (pollen, etc.) ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Votre enfant a-t-il un régime alimentaire particulier ? Oui Non

Si oui, lesquelles ?

Faut-il élaborer un PAI ? Oui Non

REMARQUES PARTICULIERES (SANTÉ DE L'ENFANT, AUTRES...)

Indiquez ici toute information complémentaire que vous jugez utile de nous communiquer

Fait à le
Signature:

Le présent contrat a pour objet de préciser les conditions financières dans lesquelles l'établissement assume la scolarisation de :

Nom et prénom de l'enfant :

SCOLARISATION

Vous inscrivez votre enfant dans un établissement privé catholique sous contrat. Nos ressources reposent sur la participation de l'état, des collectivités territoriales et sur la contribution des familles. Le montant de cette contribution est calculé de manière à garantir l'accès à tous tout en préservant l'équilibre budgétaire.

Nous avons opté pour un libre choix entre deux tarifs laissés à votre appréciation en fonction de vos possibilités. Ce choix reste confidentiel et ne fait l'objet d'aucun justificatif. **Le tarif de base** correspond à une moyenne nécessaire à notre équilibre financier. **Le tarif conseillé** ouvre une marge de solidarité entre les familles.

A cette contribution s'ajoutent des dépenses diverses (UGSEL, Cotisation diocésaine à la caisse locale d'entraide 12 Euros /an, sorties scolaires, fichiers, etc.). Elles seront détaillées sur la facture initiale. L'école Ste Croix, 3 rue du prieuré à Châteaugiron (35), représentée par Mme Fertillet, directrice de l'école, accepte l'inscription et s'engage à assurer la scolarisation de votre enfant.

Madame, Monsieur

Opte pour la rétribution scolaire suivante :

Tarif de base 28 €

Tarif conseillé 31€

RESTAURATION

La **demi-pension 4 jours est choisie pour l'année**. Toutefois, les demandes de changement sont possibles à la fin de chaque période si elles sont motivées et adressées au chef d'établissement. Un **forfait annuel pour les demi-pensionnaires** est de 627€. Le prix du repas, pour les élèves qui mangent de façon occasionnelle, est fixé à 5,05 Euros.

Demi-pensionnaire
4 repas semaine

Externe
Repas occasionnel à 5,05 euros

Les absences sont déduites intégralement en fin d'année scolaire, pour les absences prévues par l'établissement (Sorties scolaires, ...), et **avec une franchise de deux jours scolaires consécutifs** pour les maladies hors convenances personnelles.

Réduction du 3ème enfant : Le dernier enfant inscrit dans le groupe scolaire bénéficie d'une réduction de 30% appliquée sur le forfait demi-pensionnaire. (Forfait qui exclut toute déduction en cas d'absence).

MODE DE REGLEMENT

Par Prélèvement
Prélèvement en 10 mensualités pour **la restauration, la scolarité, la garderie et les frais divers.**

Par chèque
Règlement suivant échéancier

A.P.E.L

Vous pouvez adhérer à l'APEL. Une cotisation unique de 24 Euros sera prélevée directement sur votre facture SAUF si vous adhérez déjà pour un autre enfant scolarisé au collège ou dans un autre établissement de l'enseignement catholique.

Situation au regard de l'APEL

- Mon enfant est l'aîné, j'adhère à l'APEL
- J'adhère déjà au mouvement des APEL **dans un autre établissement** d'enseignement catholique, autre que l'ensemble scolaire Sainte Croix pour 2021/2022 et je ne souhaite donc souscrire qu'à la cotisation APEL Ste Croix de 7.77 Euros.
- Je ne souhaite pas adhérer à l'APEL de l'Ensemble Ste Croix et au mouvement des APEL. Le montant ne doit pas être facturé.

Madame, Monsieur

a pris connaissance de la réglementation générale sur la protection des données, de la rétribution scolaire à verser et s'engage à acquitter cette somme destinée au fonctionnement de l'établissement ainsi qu'à toutes les dépenses para et périscolaire (activités culturelles et sportives, garderie...) dont leur enfant aura bénéficié.

Fait à _____ le _____
Signature:

Compléter vos choix pour chacune des autorisations.

VISITES ET SORTIES DANS LE CADRE DES ACTIVITES SCOLAIRES

Je soussigné(e) Monsieur, Madame autorise mon enfant
à effectuer des visites ou des sorties à l'extérieur de l'établissement dans le cadre des activités scolaires (excursions, visites, rencontres sportives, etc....) et périscolaires durant l'année scolaire 2021/2022. Pour ces sorties, je l'autorise à se déplacer en car.
Oui Non

DEMANDE D'AUTORISATION D'UTILISATION DE PHOTOS OU VIDEOS

Je soussigné(e) Monsieur, Madame autorise n'autorise pas
l'établissement à utiliser des photos où mon enfant pourrait figurer dans le cadre d'activités scolaires, sorties pédagogiques... L'établissement pourra utiliser ces photos pour illustrer les activités pédagogiques dans le cadre suivant : journal scolaire, supports multimédias (site web, vidéos, photos....), presse régionale, presse nationale, APEL, l'EHPAD les Jardins du Castel CM2 et l'Association Fête de l'école.

TRANSPORT SCOLAIRE

Je soussigné(e) Monsieur, Madame autorise n'autorise pas
mon enfant à revenir seul à la maison.

Indiquez si votre enfant prend le car :

Numéro de circuit	Dénomination du point de montée		
Lundi matin <input type="checkbox"/>	Mardi matin <input type="checkbox"/>	Jeudi matin <input type="checkbox"/>	Vendredi matin <input type="checkbox"/>
Lundi soir <input type="checkbox"/>	Mardi soir <input type="checkbox"/>	Jeudi soir <input type="checkbox"/>	Vendredi soir <input type="checkbox"/>

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE D'UN ENFANT A LA SORTIE DE L'ECOLE

Je soussigné(e) Monsieur, Madame responsable légal de
autorise

Nom	Prénom	Qualité
-----	--------	---------

à venir chercher mon enfant lorsque je le leur demanderai. Ils seront munis d'un mot ainsi que d'une pièce d'identité. Mon enfant ne pourra être confié à aucune autre personne.

Fait à le
Signature:

(Uniquement si vos informations bancaires ont été changées, ou si vous procédez à une première inscription)

REFERENCE UNIQUE DE MANDAT

Ne pas remplir, champ réservé au service comptable

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez Ogec Sainte-Croix à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte conformément aux instructions de Ogec Sainte-Croix sis à CHATEAUGIRON.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé. En cas de prélèvement non autorisé, cette demande doit être présentée sans tarder et au plus tard dans les 13 mois.

NOM ET ADRESSE

Votre nom
Code postal
N° & Nom de rue
Pays

Ville

COORDONNEES DE VOTRE COMPTE

IBAN, Numéro d'identification international du compte bancaire:

Code international d'identification de votre banque-BIC:

CREANCIER

Nom **Ogec Sainte-Croix**
Identifiant ICS
N° & Nom de rue **3, rue du Prieuré**
Code postal **35410**
Ville **Châteaugiron**
Pays **France**

Fait à,
Signature,

Le,

Fournir un RIB uniquement pour l'inscription de votre premier enfant ou en cas de changement de domiciliation bancaire.