# Teams of Arro

### Modalités d'inscription

La confirmation d'inscription est signifiée au mois de juin en fonction de la décision du conseil de classe.

« Passage en seconde générale »

#### Documents à fournir :

- 1. La fiche de renseignements (feuille de couleur)
- 2. L'autorisation de prélèvement (si souhaitée)
- 3. L'autorisation d'hospitalisation (obligatoire)
- 4. La photocopie **recto verso** de la pièce d'identité de l'élève
- 5. La photocopie du livret de famille (pages parents et enfants)
- 6. La photocopie de la feuille des principaux vaccins du carnet de santé
- 7. La photocopie des bulletins trimestriels, plus ceux de l'année en cours.
- 8. Pour les élèves souhaitant réserver l'internat, voir le contrat d'internat.

Vous nous remettez courant juin:

- 1. Un "exeat" du dernier établissement scolaire fréquenté.
- 2. La décision du Conseil de Classe du 3<sup>ème</sup> trimestre (obligatoire) pour valider l'inscription dans la classe souhaitée.

Une confirmation de réception de dossier vous sera envoyée par mail.

Toutes documentations concernant la scolarité sera disponible sur école directe, dont vous recevrez les codes courant septembre, l'adresse mail est donc obligatoire.

Une visite de l'établissement est possible sur rendez-vous.

Pour tout renseignement complémentaire, veuillez prendre contact avec le secrétariat.

Tel: 02.97.23.78.50

Mail: lyc56.ja.gourin@enseignement-catholique.bzh



# Information sur la facturation scolaire Lycée Sainte Jeanne d'Arc Année 2023-2024

A conserver par la famille

#### **Tarifs**

Tarifs 2023-2024	Contribution (Externat)	* Coût de la demi-pension 5 jours / semaine	* Internat
Coût total pour l'année	499 €	1 405 €	3 279 €

#### \*contribution incluse

Des frais éventuels (Etude, livres, TD...) seront ajoutés à la facturation.

Prix du repas occasionnel = 5,80 € à régler à l'accueil avant 10h00.

Une remise correspondant au coût des denrées alimentaires peut être obtenue par la famille à sa demande par écrit (sur papier libre ou par mail) à partir de 5 jours consécutifs d'absence.

Chaque élève interne et demi-pensionnaire est détenteur d'une carte d'accès personnelle au self remise le jour de la rentrée.

#### Tout remplacement de carte sera facturé 5€.

Les cartes de l'an passé ne sont plus valables.

### Facturation & Modalités de paiement

La facturation sera établie annuellement et sera payable :

- Soit par chèque en trois termes
- Soit par prélèvement mensuel en 10 prélèvements d'Octobre à Juillet, le 05 de chaque mois.
- -La facture sera disponible sur le site école directe

Les bourses seront déduites chaque trimestre des factures.

**Pour un 3**ème enfant inscrit dans l'ensemble scolaire Sainte Jeanne d'Arc – Saint-Pierre, nous accordons à ce dernier, une réduction de 30% sur la contribution scolaire.

Ceux qui l'an passé avaient opté pour le prélèvement automatique, celui-ci sera reconduit.

Les familles souhaitant payer par prélèvement cette année pourront réclamer un mandat de prélèvement à l'accueil.

Si vous rencontrez des difficultés financières, n'hésitez pas à contacter la direction.



Classe : **2nde** 

## Lycée SAINTE JEANNE D'ARC – GOURIN FICHE DE RENSEIGNEMENTS

2023/2024

Photo	

Identité de l'élève	
NOM : sexe : M□ F□	
Né(e) le :	
Code postal : Commune :	
Portable de l'élève : LIIIIII	
Scolarité antérieure:  Établissement fréquenté en 2022/2023 :	
Nombre d'enfants dans la famille : □ plus jeunes □ plus âgé(s) □ Nombre d'enfants fréquentant l'établissement : □	
Responsable légal de l'élève	
Père&mère □ père □ mère □ autres □ préciser conjointement	
Situation familiale du (ou des)parent(s) responsable(s)	
□ Marié(s)       □ Pacsé(e)s       □ Concubinage       □ Divorcé(e)         □ Séparé(e)       □ Veuf(ve)       □ Célibataire       □ Remarié(e)	
Si parents séparés, indiquer :         Parent responsable principal       Garde alternée : □oui □non         □ Père       □ Mère         Autorité Parentale : □oui □non	
<u>Lieu de résidence de l'élève :</u> □Chez son père et sa mère □Chez son père seul □Chez sa mère seule	
□Chez son père et sa mère (garde alternée) □Famille d'accueil □Autre (préciser)	
Responsable 1	
Nom :Prénom :	
Adresse :	
Code postal : Commune :	
Téléphone domicile : LIIIIIII	
Portable: LIIIIII	
Téléphone travail LIIIII Profession:	
Mail :	

Responsable 2
Nom :Prénom :
Adresse :
Code postal : Commune :
Téléphone domicile : LIIIIIII
Portable: LIIIIII
Téléphone travail LIIIII Profession:
Mail :@
Pour l'envoi des notes en cas de séparation des parents, adresse de l'autre parent :
Titre: Mr  Mme
NOM: Prénom:
Adresse :
Code postal : LIII Commune :
Téléphone domicile : Portable :
Téléphone travail : : L I I I I I I I I I I I I I I I I I
Mail :
Responsable financier si différent du responsable légal
Facture à diviser en deux : OUI □ NON □ Autres à préciser sur papier libre □ Si boursier à diviser en deux : OUI □ NON □
Nom :Prénom :
Adresse : Ville :
Portable: LIIIIII
Mail :
Régime souhaité :       externe □       demi-pensionnaire □       interne □         5 jours : lundi, mardi,mercredi, jeudi, vendredi
Mode de règlement : chèque
<u>Langue vivante 2</u> : Espagnol □ Allemand □
Enseignement optionnel: ☐ Arts plastiques ☐ Théâtre ☐ Latin Section européenne ☐
Je soussigné(e)atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document et s'engage à régler les frais de scolarité.
Fait à :Le :

## AUTORISATION PARENTALE POUR TOUTE INTERVENTION MÉDICALE EN CAS D'URGENCE

Je soussigné,			
Nom et Prénom :			
Profession:			
Qualité : (père, mère, tuteur) :			
Adresse précise du responsable légal :			
Autorise l'hospitalisation et le traitement de :			
NOM de l'enfant :	Prénom de l'enfa	ant :	
Date de naissance :	Classe:	½ pensionnaire	. 🗆
		Interne	
		Externe	
Scolarisé(e) au Collège-Lycée SAINTE JEANNE d'A	ARC de GOURIN, tél : 02 97 23	78 50.	
L'intervention se déroulerait dans le Centre Hospit	talier le plus proche.		
Cette autorisation est valable pour l'année scolaire	e en cours.		
Allergies diverses :			
Problème de santé particulier :			
Nom et adresse du médecin traitant :			
A:le	e		
Signature du responsable légal :		NOTA : l'établis n'est pas autori délivrer de méd (aspirine ou aut	isé à licament
	PÈRE		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
NOM :			
Prénom :			
Tél domicile :			
Tél lieu de travail :			
Tél mobile :			
	MÈRE		
NOM :			
Prénom :			
Tél domicile :			
Tél lieu de travail :			
Tél mobile :			
Tel Hobile			

#### **MANDAT de Prélèvement SEPA**

#### Référence Unique du Mandat

Nous vous rappelons que vous retrouverez votre référence de mandat (RUM) sur chacune de nos factures.

Mandat de prélèvement **SEPA** 

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **OGEC DES MONTAGNES NOIRES** à envoyer des informations à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de OGEC DES MONTAGNES NOIRES.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention

		Identifiant du créancier (ICS) : FR29ZZZ411059
biteur	•	Créancier
e Nom		OGEC DES MONTAGNES NOIRES
esse		2, Rue Pénantraon
Ville		56110 GOURIN
	France	France
N		
		Paiement : 🗹 Récurrent/répétitif 🔲 Ponctuel
		Le :
	Signature :	Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
		Veuillez compléter tous les champs du mandat.
	Merci de coller votre re	elevé d'identité bancaire RIB