



Modalités d'inscription

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

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. Photocopie **recto verso** de la carte 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 Terminales une photocopie de la **JDC**
9. **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^{ème} 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

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.

www.jeanne-arc-gourin.fr



FICHE DE RENSEIGNEMENTS
2023/2024

Identité de l'élève

NOM : _____ Prénom : _____ sexe : M F

Né(e) le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] à _____ département [] [] []

Nationalité _____

Adresse : _____

Code postal : [] [] [] [] [] [] Commune : _____

Portable élève : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Scolarité antérieure :

Établissement fréquenté en 2022/2023 : Ville : Classe suivie :

Classe redoublée :

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 :

Garde alternée : oui non

Autorité parentale : oui non

Parent responsable principal

Père Mère

Lieu de résidence de l'élève :

Chez son père et sa mère Chez son père seul Chez sa mère seule
 Chez son père ou sa mère (garde alternée) Famille d'accueil Autre (préciser)

Responsable 1 :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : [] [] [] [] [] [] Commune : _____

Téléphone domicile : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Portable: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Téléphone travail [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Profession:

Mail : _____@_____

Responsable 2 :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : [] [] [] [] [] [] Commune : _____

Téléphone domicile : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Portable: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Téléphone travail [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Profession:

Mail : _____@_____

**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'enfant :

Date de naissance : Classe : 1/2 pensionnaire

Interne

Externe

Scolarisé(e) au Collège-Lycée SAINTE JEANNE d'ARC de GOURIN, tél : 02 97 23 78 50.

L'intervention se déroulerait dans le Centre Hospitalier le plus proche.

Cette autorisation est valable pour l'année scolaire en cours.

Allergies diverses :

Problème de santé particulier :

Nom et adresse du médecin traitant :

A : le

Signature du responsable légal :

***NOTA : l'établissement
n'est pas autorisé à
délivrer de médicament
(aspirine ou autre).***

PÈRE

NOM :

Prénom :

Tél domicile :

Tél lieu de travail :

Tél mobile :

MÈRE

NOM :

Prénom :

Tél domicile :

Tél lieu de travail :


Tél mobile :

A compléter et à retourner

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 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. |
| | Identifiant du créancier (ICS) : FR29ZZZ411059 |
| Débiteur | Créancier |
| Votre Nom _____ | OGEC DES MONTAGNES NOIRES _____ |
| Votre adresse _____ | 2, Rue Pénantraon _____ |
| CP/Ville _____ | 56110 GOURIN _____ |
| France _____ | France _____ |
| IBAN <input type="text"/> | |
| BIC <input type="text"/> | Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel |
| A _____ | Le : _____ |
| Signature : <input type="text"/> | Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque. |
| | Veillez compléter tous les champs du mandat. |



Merci de coller votre relevé d'identité bancaire RIB

A nous retourner dûment complété