

Ecole Montfort
2 Rue de La Brière
44160 Crossac

Le 10 juin 2024

Chers parents,

Vous trouverez ci-joint un dossier avec les documents de la rentrée à remplir.

Merci de les compléter et de nous retourner le **dossier complet** pour le

Mardi 25 juin 2024 IMPERATIVEMENT.

Pour les familles qui choisissent le paiement en une seule fois, merci de joindre le chèque au dossier à l'ordre de OGEC Ecole Montfort.

Aucune somme ne sera encaissée avant le mois de septembre.

Je vous remercie.

Roseline Grantais-Roué
Ecole Montfort Crossac

Adresse mail

Afin de mettre à jour les dossiers familles, je vous remercie de bien vouloir écrire lisiblement votre adresse mail sur laquelle l'école peut vous envoyer des informations.

Nom :

Prénom :

Nom de(s) l'enfant(s) :

Adresse mail (père):

Adresse mail (mère) :

Autorisation

Madame, Monsieur _____

- autorise(nt) la communication de son (leur) adresse mail au bureau OGEC
- autorise(nt) la communication de son(leur) numéro de téléphone au bureau OGEC
- autorise(nt) la communication de son (leur) adresse mail au bureau APEL
- autorise(nt) la communication de son(leur) numéro de téléphone au bureau APEL
- n'autorise(nt) pas la communication de mes coordonnées.

Signature

FICHE D'URGENCE - ANNÉE SCOLAIRE 2024 / 2025

à retourner à
Ecole MONTFORT - 2 rue de la Brière - 44160 CROSSAC

Merci d'écrire en noir et très lisiblement les n° de téléphone

Nom de l'enfant : Prénom :
Classe : Date de naissance :

Nom, adresse et profession des parents ou du responsable légal (en cas de séparation, notez les 2 adresses)
Père :
Adresse :
Profession :

Mère :
Adresse :
Profession :

En cas d'accident, l'école s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. Veuillez faciliter notre tâche en nous donnant vos coordonnées téléphoniques :

	PÈRE	MÈRE
N° tél domicile		
N° portable perso		
N° tél travail		

Nom, adresse et tél d'une personne à contacter si vous êtes absents (voisin, grands-parents ...) :
.....
.....
.....

En cas d'urgence, un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours d'urgence vers l'hôpital le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné de sa famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame.....autorisons l'anesthésie de notre fils/fille.....au cas où, victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A....., le
Signature des parents :

Date du dernier rappel de vaccin antitétanique :
Observations particulières que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergie, traitement en cours, précaution particulière à prendre) :
.....
.....
.....
Nom, adresse et n°tél. du médecin traitant :
.....

**AUTORISATION D'UTILISATION, DE PUBLICATION ET DE
REPRESENTATION DE PHOTOGRAPHIE
Assentiment de la personne représentée**

Je soussigné(e)..... ,

domicilié(e) à....., représentant légal

de..... en classe de

Autorise : l'école Montfort n°2 rue de la Brière 44160 CROSSAC

Représenté par Madame Grantais-Roué Roseline
Fonction , Cheffe d'établissement

Conformément à la loi, article 9 du code civil sur le « droit à l'image et au son »,
et à l'article 121-2 du code de « la propriété intellectuelle », à utiliser les photographies, films et œuvres
originales de mon enfant, réalisées dans le cadre scolaire, sous la responsabilité de l'équipe éducative
et à les publier éventuellement :

- | | | |
|---|------------------------------|---|
| • sur la plaquette de l'établissement, | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • pour un reportage journalistique par presse écrite ou audiovisuelle, | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • une exposition thématique pour un projet pédagogique | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • le site Internet de l'établissement | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • les réseaux sociaux (Facebook) | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| • des supports audiovisuels (film sortie scolaire - CD Rom - DVD - diaporama) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| • un carton d'invitation ou carte de vœux | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

*La personne responsable de l'élève représenté autorise que les paramètres de la photographie ou de
l'œuvre soient modifiés (modification des couleurs, de la taille, du cadrage, du montage) selon les
besoins des supports utilisés, dans le respect de la dignité de la personne.*

*Par ailleurs, l'établissement s'engage à veiller à la qualité des organes de diffusion, au contenu des
messages et se porte garant du traitement des documents utilisés.*

Durée de la présente autorisation : pour l'année scolaire : **2024 /2025**

Zone géographique où l'usage est autorisé : (départementale – régionale – nationale-mondiale)

Contrepartie : La présente autorisation de publication est consentie à **titre gratuit**.

Fait en deux exemplaires, chaque signataire reconnaissant avoir reçu un exemplaire original,

A le /..... /.....

Nom et Signatures des parents : père mère
(ou de la personne légalement responsable)

Nom et Signature du chef d'établissement :
Grantais-Roué Roseline

Contribution annuelle 2024-2025

FAMILLE

	PERE	MERE	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3
Nom					
Prénom					
Adresse					
Téléphone					
Email					

Classe				
--------	--	--	--	--

PAIEMENT

Merci de cocher votre choix

- je paie par prélèvement automatique **mensuel** (de septembre à juin) au 10 de chaque mois
- je joins un RIB et le mandat de prélèvement SEPA complété

- je paie en une seule fois le montant de ma cotisation
- je joins un chèque libellé à l'ordre de l'OGEC de Crossac
(indiquer la date d'encaissement souhaitée au dos du chèque entre le 1^{er} et le 15 septembre)

Les contributions des familles, constituent une ressource essentielle pour assurer la pérennité de l'établissement d'Enseignement catholique.
 Cette contribution financière sert en effet à couvrir les dépenses liées au caractère propre de l'établissement scolaire, couvre aussi les dépenses de restructuration, d'entretien . Elles couvrent des dépenses liées à des organisations pédagogiques spécifiques, plus élaborées, dépassant le cadre des programmes réglementaires. Elles couvrent les dépenses liées au réseau d'établissements auquel adhère l'établissement (service de tutelle congréganiste et diocésain, fonctionnement fédératif du réseau des OGEC (UDOGEC/ UROGEC/ FNOGEC), fonds de solidarité ...) .
 Elles couvrent les dépenses ponctuelles, soumises à l'accord des familles, correspondant à des 'plus' éducatifs et culturels.
 Cette ressource représente entre 20 et 30% du total des ressources annuelles d'un établissement scolaire

Afin de soutenir notre école, nous vous proposons le choix entre deux cotisations « classique » ou « solidaire »

Merci d'entourer votre contribution

	Cotisation classique		Cotisation solidaire	
	Paiement annuel x1	Paiement Mensuel x10	Paiement annuel x1	Paiement Mensuel x10
1 enfant	359,00 €	35,90 €	382,00 €	38,20 €
2 enfants	672,00 €	67,20 €	708,00 €	70,80 €
3 enfants	956,00 €	95,60 €	1 005,00 €	100,50 €

Pour les familles séparées, merci de préciser la prise en charge :

	en totalité	partielle (préciser le montant)
PERE		
MERE		

DEMANDE DE PRELEVEMENT

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier.

NOM, PRENOMS, ET ADRESSE DU DEBITEUR

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

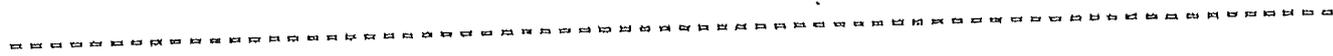
COMPTE A DEBITER			
Banque	Guichet	Compte	Clé

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER	
Nom :	
Adresse :	
Cp ville :	

Date :

Signature :

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n° 80 du 1/4/80 de la Commission Informatique et Libertés.



AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Numéro national d'émetteur	
----------------------------	--

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur du compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

NOM, PRENOMS, ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER	
Nom :	
Adresse :	
Cp ville :	

COMPTE A DEBITER			
Banque	Guichet	Compte	Clé

NOM ADRESSE ETABLISSEMENT TENEUR DU CPTA A DEBITER	
Nom :	
Adresse :	
Cp ville :	

Date :

Signature :

Prêre de renvoyer les deux parties de cet imprimé au créancier en y joignant obligatoirement un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal (R.I.P.).