

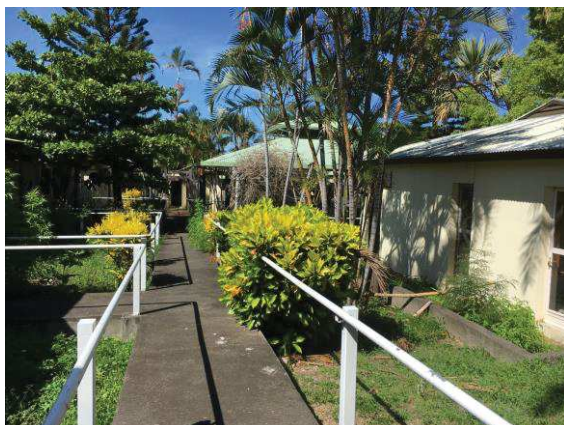
Ouverture d'un nouveau collège sur la ZAC de Pierrefonds

A la rentrée 2017 le collège LaSalle Saint-Charles ouvre une annexe pour répondre au besoin des familles du bassin sud-ouest et cela à la demande du Conseil Départemental de la Réunion et de la Direction Diocésaine.

Les effectifs du collège seront de l'ordre de 600 élèves et nous nous installerons dans des bâtiments neufs à la rentrée 2018 sur la ZAC de Pierrefonds.



Pour la rentrée du 18 août 2017, deux divisions par niveau seront ouvertes, soit un effectif de 240 élèves. Nous serons hébergés pendant les travaux de construction du nouveau collège sur le complexe du Père Favron à Bois d'Olive à quelque distance de notre installation définitive sur la ZAC de Pierrefonds.



Site du Père Favron Chemin Palma Bois d'Olive

NOUVEAU COLLEGE – ZAC PIERREFONDS



FICHE ADMINISTRATIVE

Année Scolaire 2017-2018

ELEVE

Nom : **Prénoms :**

Sexe : Féminin : Masculin :

Date et lieu de naissance : **Département :**

Régime en 2017-2018 : Externe : Demi-pensionnaire :

Redoublement : oui : non :

Établissement d'origine (2016-2017) Nom et adresse complète :

Classe fréquenté en 2016-2017 :

Utilisez-vous un transport scolaire subventionné (cars scolaires) ? oui : non :

Avez-vous actuellement des frères et sœurs au collège ou au lycée La Salle Saint-Charles ? oui : non :

Si oui nom, prénom et classe :

.....

.....

Entrée en 6^{ème} :

Entrée en 5^{ème} :

LV2 : Chinois Allemand Espagnol

OPTION : Latin

Entrée en 4^{ème} :

LV2 : Chinois Allemand Espagnol

OPTION : Latin

Entrée en 3^{ème} :

LV2 : Chinois Allemand Espagnol

OPTION : Latin

Responsable légal de l'élève

Père Mère Tuteur Autre (à préciser).....

Situation familiale :

Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)
 Pacsé(e) Célibataire Concubinage

Nombre d'enfants :

Nombre d'enfants scolarisés à St-Charles :

Père

Nom :

Prénoms :

Profession :

Situation : Occupe un emploi : Chômage :

Autre (précisez) :

Adresse :

.....

.....

Téléphone domicile :

Travail :

GSM :

Email :

Nom de l'employeur :

Mère

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénoms :

Profession :

Situation : Occupe un emploi : Chômage :

Autre (précisez) :

Adresse :

.....

.....

Téléphone domicile :

Travail :

GSM :

Email :

Nom de l'employeur :

Coordonnées du responsable payeur (à compléter uniquement si différent du responsable légal)

Madame : Monsieur :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Profession :

.....

.....

Téléphone :

Email :

Assurance :

Le responsable déclare avoir déjà une assurance personnelle avec la garantie individuelle accident : **oui** : **non** :

(si non remplir bulletin d'adhésion jointe). Cette assurance est obligatoire.

Pièces à joindre OBLIGATOIREMENT à cette fiche :

- Copie complète du livret de famille
- Copie complète du jugement de divorce (si vous êtes concernés par la situation)
- Copie de l'attestation de sécurité sociale
- Copie de la carte d'adhésion à une mutuelle
- Copie du bulletin scolaire des deux premiers trimestres
- Certificat de radiation (dès qu'il sera en votre possession)
- Dossier scolaire de l'élève (dès qu'il sera en votre possession)
- Arrhes versés à l'inscription : 120 € (non remboursables, sauf en cas de force majeure dûment justifié).
- Contribution des familles selon quotient familial : Pour déterminer votre quotient familial.
➤ Fournir avis d'imposition 2016 et l'attestation de paiement de la CAF actualisée.

Entre l'Ensemble Scolaire La Salle Saint-Charles situé au 2 rue Rodier BP 394 97458 Saint –Pierre Cedex
Et Monsieur et/ou Madame

Demeurant au

Représentant(s) légal (aux), de l'enfant

Ce présent contrat a pour objet de préciser les conditions financières dans lesquelles l'établissement assure la scolarisation de votre enfant.

Monsieur et/ou Madame

1- déclare(nt) avoir pris connaissance du projet d'établissement et du règlement intérieur de l'Ensemble Scolaire La Salle -Charles dont la version de l'année en cours consultable sur le site de l'établissement à l'adresse www.stcharles.fr (rubrique informations)

2- accepte(nt) sans réserve d'inscrire leur enfant dans l'annexe de l'établissement à dater de la rentrée du **18 août 2017** en classe de

3- a (ont) pris connaissance du montant de la contribution des familles et s'engage(nt) à l'acquitter (cf. fiche tarifaire ci-jointe).

En cas d'impayé, l'établissement intentera toute action jugée nécessaire pour recouvrer les sommes impayées. En outre, l'établissement se réserve le droit de ne pas réinscrire l'élève l'année suivante.

4- Adhère(nt)

<input type="checkbox"/> APEL (une inscription par famille)	L'A.P.E.L., association des parents d'élèves, joue un rôle dans notre établissement. Elle aide au financement des projets de l'établissement (sorties, voyages, pastorale, etc...). Elle assure, au lycée la gestion des manuels scolaires.
<input type="checkbox"/> Abonnement à la revue La Salle Liens International	Présente la vie du réseau La Salle
<input type="checkbox"/> Assurance (contrat groupe proposé par l'établissement avec Individuelle Accident)	Remplir le bulletin d'adhésion ci-joint, sinon fournir une attestation d'assurance en cours de validité à l'inscription, avec Individuelle Accident (date limite 31/08/2017).

5- verse(nt) des arrhes d'un montant de 120 € qui constitueront une avance sur la facture annuelle.

Ces arrhes ne seront pas remboursées en cas de désistement, sauf pour une raison de force majeure.

Mode de règlement :

- Prélèvement mensuel sur 09 mois, (le 10 de chaque mois), mode de règlement privilégié par l'établissement
- Par CB sur le site Ecole-Directe (échancier sur 9 mois avant le 10 de chaque mois)
- Par chèque (échancier sur 9 mois avant le 10 de chaque mois)

L'Ensemble Scolaire La Salle Saint-Charles, représenté par M. Jacky LEPICIER, Chef d'établissement, accepte cette inscription et s'engage à assurer sa scolarisation.

Signatures obligatoires Les parents (ou tuteur)

L'élève

Le Chef d'établissement

Ensemble scolaire La Salle SAINT-CHARLES

Collège : 2 RUE RODIER - BP 394 - 97458 SAINT-PIERRE CEDEX

TELEPHONE : 0262 96 99 00 – TELECOPIE : 0262 96 99 01

E-MAIL : college@stcharles.fr

Lycée : 62 RUE AUGUSTE BABEL - BP 394 - 97458 SAINT-PIERRE CEDEX

TELEPHONE : 0262 25 41 95 – TELECOPIE : 0262 35 53 79

E-MAIL : lycee@stcharles.fr



ANNEXE COLLEGE DE PIERREFONDS
FICHE INFIRMERIE

AUTORISATION PARENTALE
POUR TRAITEMENT AMBULATOIRE (*)

Nom :
Prénoms :
Date et lieu de naissance :
Adresse :
.....
Téléphone :

Année scolaire	Établissement	Classe	Disp EPS
2015/2016			
2016/2017			

Responsable légal :

NOM(s) et Prénom(s) :
.....

Frères et sœurs dans l'établissement :
.....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille, il est indispensable de nous donner des numéros de téléphone.

Domicile : 02 6206 92

Travail du père : Travail de la mère..... Nom et N° de
téléphone d'une personne susceptible de vous prévenir
rapidement.....

Nom, adresse et N° de téléphone du médecin traitant
.....

AUTORISATION D'INTERVENTION EN CAS D'URGENCE

Je soussigné(e)....., autorise Monsieur Le
Directeur du Collège Privé Catholique Saint-Charles, ou en son absence, la personne
ayant délégation, à prendre en cas d'urgence, toutes décisions de transport,
d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale, jugées indispensables par le
médecin en lien avec l'état de santé de mon enfant.

Cette autorisation prendra effet dans le cas où il a été impossible de joindre les
parents de l'élève au préalable.
Signature des parents

Je soussigné(e), Monsieur.....
Madame.....

Autorise l'infirmière de l'Établissement du Collège « Saint-Charles », à donner le
traitement, selon la prescription médicale de mon enfant.

Signature des parents

(*) Cette autorisation est nécessaire lorsque l'élève doit prendre un traitement au
sein de l'établissement. Il est **impératif** dans ce cas de fournir une photocopie de
l'ordonnance et de la conduite à tenir..

INFORMATIONS CONCERNANT LA SANTE DE L'ELEVE

ANTECEDENTS MEDICAUX IMPORTANTS : asthme, allergie, diabète, épilepsie,
autres, préciser :
.....

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX IMPORTANTS :

Appendicectomie oui non
.....

VACCINATIONS :

L'élève a-t-il reçu le vaccin contre:

-La rougeole ?.....

-L'hépatite ?.....

-La tuberculose ?.....

TRAITEMENTS MEDICAUX SUIVIS :
.....
.....

OBSERVATIONS PARTICULIERES :
.....
.....

Autorisation parentale de filmer les enfants durant la leçon d'EPS
(Pour les nouveaux élèves)

Nous, soussignés : Père : Nom.....Prénom.....
Mère : Nom.....Prénom.....
Tuteur légal : Nom Prénom

Demeurant : Père.....
Mère.....
Tuteur légal :

Téléphone : Père..... Mère..... Tuteur Légal

Autorisons par la présente l'établissement ou le professionnel désigné par l'établissement à filmer, l'enfant..... né(e) le à..... puis à reproduire et diffuser ces photographies (films, enregistrements, interviews,...) sur les supports suivants :

- ⇒ Utilisation du film à des fins éducatives durant la formation professionnelle de l'enseignant.
- ⇒ Presse dont les revues de La Salle SAINT-CHARLES, la revue de la Direction Diocésaine de l'Enseignement Catholique de la Réunion, la revue La Salle Liens International, les revues des Frères des écoles chrétiennes, les revues d'établissements catholiques, les articles de presse se rapportant à La Salle SAINT-CHARLES et plus généralement à l'enseignement catholique,
- ⇒ Plaquettes d'établissements ou du réseau, photos de classes, encarts, affiches,
- ⇒ Audio, vidéo, télévision,
- ⇒ Sites Internet et Intranet, tels sites de La Salle SAINT-CHARLES et des établissements du réseau de l'enseignement catholique,
- ⇒ Tout support numérique à destination des familles, des élèves, du personnel de l'établissement, des membres du réseau de l'enseignement catholique,
- ⇒ Toute représentation sur grand écran de manifestations sportives, scolaires, culturelles, religieuses, pédagogiques organisées par l'établissement ou le réseau de l'enseignement catholique.

Nous sommes informés que ces prestations ne pourront donner lieu à aucune rémunération.

Cette autorisation est donnée à compter de la signature de la présente et durant les 3 années qui suivront la radiation de La Salle SAINT-CHARLES de l'enfant.

Fait à..... Le.....

Signature précédée de la mention « *Lu et approuvé* »

Le Père

La Mère

L'enfant

Ensemble scolaire La Salle SAINT-CHARLES

Collège : 2 RUE RODIER - BP 394 - 97458 SAINT-PIERRE CEDEX
TELEPHONE : 0262 96 99 00 - TELECOPIE : 0262 96 99 01
E-MAIL : college@stcharles.fr
Lycée : 62 RUE AUGUSTE BABET - BP 394 - 97458 SAINT-PIERRE CEDEX
TELEPHONE : 0262 25 41 95 - TELECOPIE : 0262 35 53 79
E-MAIL : lycee@stcharles.fr

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 **AGCLCP LA SALLE ST CHARLES** à envoyer des informations à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **AGCLCP LA SALLE ST CHARLES**.
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) : FR25ZZZ513272

Débiteur

Votre Nom

Votre
adresse

CP/Ville

France

IBAN

BIC

A

Signature :

Créancier

AGCLCP LA SALLE ST CHARLES

2 rue Rodier

BP 394

97458 ST PIERRE CEDEX

France

Paiement : Récurrent/répétitif Ponctuel

Le :

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

**BULLETIN D'ADHESION
AU CONTRAT N° FRBBBA09693
ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT « Scolaire et Extra-scolaire »
UROGEC**

ETABLISSEMENT SCOLAIRE :

- Je souscris à l'assurance groupe UROGEC (je complète les données ci-dessous)
 Je ne souscris pas à l'assurance groupe UROGEC (je remets une attestation d'assurance à l'établissement) N.B : celle-ci doit couvrir toute la période de l'année scolaire.

Date de remise attestation :

Compagnie :Période couverte :

ADHERENT-SOUSCRIPTEUR

Mme/Mlle/Mr Nom..... Prénoms

Adresse complète :

Code Postal : Ville :

Tél domicile :Tél GSM :

ENFANTS ASSURES

Nom : (si différent du nom de l'**ADHERENT-SOUSCRIPTEUR**)

Prénom : Né(e) le :

Classe : Entré(e) le :

Nom : (si différent du nom de l'**ADHERENT-SOUSCRIPTEUR**)

Prénom : Né(e) le :

Classe : Entré(e) le :

Nom : (si différent du nom de l'**ADHERENT-SOUSCRIPTEUR**)

Prénom : Né(e) le :

Classe : Entré(e) le :

Nom : (si différent du nom de l'**ADHERENT-SOUSCRIPTEUR**)

Prénom : Né(e) le :

Classe : Entré(e) le :

GARANTIES ET SERVICES ASSOCIES

- Le tableau des garanties de l'individuelle accident m'a été remis. (à cocher)

TARIFS

COTISATION TTC par élève :8.00..... € COTISATION TTC TOTALE : €

Le contrat et les Conditions générales peuvent être consultés auprès de l'OGEC.

Fait àle

SIGNATURE DE L'ADHERENT-SOUSCRIPTEUR

**BULLETIN D'ADHESION
 AU CONTRAT N° FRBBBA09693
 ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENT « Scolaire et Extra-scolaire »
 UROGEC**

LES GARANTIES DE « ACE MOBILIS » ASSURANCES et SERVICES ASSOCIES

	NATURE DES GARANTIES DE BASE	MONTANT	TERRITORIALITE
A	Capital Décès Accidentel	15.000 € limité à 10.000 € pour les enfants de moins de 16 ans	Monde Entier
B	Capital Invalidité Permanente Totale ou Partielle accidentelle (Barème Européen - sans franchise)	100.000€	Monde Entier
C	Coma suite à un Accident du Salarié	75 € par jour – maxi 365 jours	Monde Entier
D	Maximum garanti en cas de Décès et d'Invalidité Accidentels collectifs	25.000.000 €	Monde Entier
E	Frais Médicaux Accident et Maladie hors du pays de domicile de l'Assuré <ul style="list-style-type: none"> ▪ Remboursement des frais réels sans franchise ▪ Prise en charge en cas d'hospitalisation ▪ Soins dentaires 	A concurrence de 1 000 000 € 600 € par sinistre	Hors pays de domicile de l'Assuré
F	Frais Médicaux dans le pays d'origine de l'Assuré Remboursement des frais consécutifs à une hospitalisation à l'étranger au cours d'une mission professionnelle (sans franchise)	A concurrence de 20 000 € pendant 30 jours à compter du retour au pays de domicile de l'Assuré	Uniquement dans le pays de domicile de l'Assuré
	Frais Médicaux Accident dans le pays de domicile de l'Assuré <ul style="list-style-type: none"> ▪ Remboursement des frais réels sans franchise ▪ Prise en charge en cas d'hospitalisation ▪ Soins dentaires 	A concurrence de 50.000 € 600 € par sinistre	Uniquement dans le pays de domicile de l'Assuré
G	Incidents de voyage : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Retard d'avion, annulation de vol (franchise de 6 heures) ▪ Manquement de correspondance (franchise de 6 heures) ▪ Retard dans la livraison des bagages (franchise de 24heures) ▪ Avance de fonds 	A concurrence de 200 € A concurrence de 200 € A concurrence de 300 € A concurrence de 5 000 €	Monde Entier
H	Détérioration, Perte, Vol, ou destruction des bagages personnels Détérioration, Perte, Vol, ou destruction du matériel informatique professionnel Vol d'un instrument de musique personnel <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sans franchise 	A concurrence de 1 000 € A concurrence de 750 € A concurrence de 750 €	Monde Entier
I	Assistance Juridique (paiement d'honoraires) :	5 000 €	Hors pays de domicile de l'Assuré
J	Avance sur Caution Pénale :	15 000 €	Hors pays de domicile de l'Assuré
K	Indemnité en cas de « sur réservation » sur avion de ligne	50 €	Monde Entier
L	Frais de recherche et de secours	A concurrence de 5 000 €	Monde Entier
	Responsabilité Civile "Vie Privée" : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous dommages corporels, matériels et immatériels plafonnés à : ▪ Intoxications alimentaires ▪ Dommages matériels et immatériels consécutifs confondus (Franchise de 150 € par sinistre) 	3 000 000 € 1 500 000 € 1 500 000 € 1 500 000 €	Hors pays de domicile de l'Assuré sur USA et Canada Hors pays de domicile de l'Assuré Hors pays de domicile de l'Assuré
N	Soutien de la Famille en cas de Décès de l'Assuré	Accompagnement psychologique Conseils et informations dans les démarches administratives	France Métropolitaine
O	Aménagement du domicile en cas d'Invalidité Permanente supérieure à 33%	A concurrence de 15 000 €	France Métropolitaine
P	Service d'Informations sur les prestations utiles à la gestion du Handicap et aide à la réadaptation à la vie quotidienne	Informations et Services	France Métropolitaine
Q	Assistance psychologique	Prise en charge des consultations à hauteur de 2 000 €	Monde Entier
R	Assistance Informations : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Services d'informations concernant les visas ▪ Services d'informations concernant les vaccinations ▪ Conseils médicaux ▪ Transmission de messages ▪ Assistance passeport, pièces d'identité 	Informations et Services Informations et Services Informations et Services Organisation du Service Organisation du Service	Hors pays de domicile de l'Assuré
S	Assistance aux personnes : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Transport médical d'urgence ▪ Envoi d'un médecin sur place ▪ Rapatriement vers le domicile ▪ Rapatriement du corps en cas de décès ▪ Frais de cercueil ▪ Accompagnement du défunt 	Frais Réels Frais Réels Frais Réels Frais Réels A concurrence de 3 000 € Billier A/R pour un proche et prise en charge des frais de séjour (250 €/jour – maximum 3 jours) Frais Réels Frais Réels 250 €/jour - maximum 5 000 € Frais Réels Frais Réels 200 €/jour - maximum 2 000 € Frais Réels	Monde Entier Monde Entier Monde Entier Monde Entier Monde Entier Monde Entier Monde Entier Monde Entier Monde Entier Monde Entier Monde Entier France Métropolitaine

			COLLEGE			OBSERVATIONS
			Sans QF ou QF >650	500 ≤ QF ≤ 650	QF ≤ 500	
CONTRIBUTION DES FAMILLES SELON QUOTIENT FAMILIAL (QF)			729 €	622 €	480 €	Pour déterminer votre Quotient Familial, veuillez fournir à l'inscription avis d'impôt 2016 + attestation paiement CAF actualisée (Montant annuel par élève)
A.P.E.L(0)			30 €			par familles et par an
ASSURANCE(1)			8 €			par élève et par an
FRAIS	INSCRIPTION (2)		40 €			par élève et par an
	REINSCRIPTION(3)		20 €			par élève et par an
LICENCE U.N.S.S			20 €			par élève et par an
Revue La Salle Liens International (4)			9,50 €			par familles et par an
ARTS PLASTIQUES (Matériel mis à disposition de l'élève pendant le cours)			5,00 €			par élève et par an
RESTAURATION	DP 4 jours (hors mercredi) (3,95 € prix unitaire) (5)		513,00 €			par élève et par an
	Externe (prix unitaire)		5,85 €			

* Remises sur la contribution aux familles scolarisant plusieurs enfants à St-Charles :

2 enfants	45 € par an et par famille	4 enfants	200 € par an et par famille
3 enfants	75 € par an et par famille	5 enfants et plus	250 € par an et par famille

FACTURATION

MODE DE REGLEMENT	FACTURATION DE BASE	REGLEMENT	FACTURATION COMPLEMENTAIRE
	*Contribution famille, *Demi-pension des Collégiens, *Frais inscription ou réinscription, * Assurance.....		* Restauration (a) * Frais divers (b) (Si vous êtes concerné)
Le prélèvement automatique	Facture annuelle avec un échéancier	Prélèvement le 10 du mois sur 9 mois. (Oct 2017 à Juin 2018)	Courant (Novembre 2017, Mars 2018, Juin 2018)
Autres : * Par Ecole Directe * Par Chèques ou Espèces		Règlement le 10 du mois sur 9 mois. (Oct. 2017 à Juin 2018)	

(0) : Adhésion à l'A.P.E.L. (Association des Parents d'Elèves). Votre enfant bénéficiera des services rendus

par l'association (prêt des livres au lycée, aide financière pour les activités péri-éducatives, aide pour les sorties scolaires...).

(1) : L'attestation d'assurance "individuelle accident" doit être fournie avant le 31 Août 2017 pour déduction.

(2) : Uniquement pour les nouveaux élèves arrivant dans l'établissement

(3) : Pour les élèves scolarisés au collège La Salle - SAINT-CHARLES en 2016-2017

(4) : Abonnement facultatif à la Revue La Salle Liens International

(5) : Au collège, prix du repas pour les familles arrêté compte tenu de la part versée par la C.A.F.

(a) Restauration des collégiens déjeunant sur le site du lycée le mercredi, des collégiens externes ayant une activité sur la pause méridienne.

(b) Des frais divers (sorties pédagogiques, licence UNSS, autres...).