



Fiche de renseignements Année scolaire 2025-2026

Identité de l'enfant

**Ecole Saint-Joseph
Pluneret**
1 Rue du docteur Laennec
56400 Pluneret
02.97.24.00.49
eco56.stjo.pluneret@enseigne-
ment-catholique.bzh
www.ecolestjosephpluneret.ovh

NOM Prénom	Genre :
Rang dans la fratrie	
Né(e) le	
À	
Adresse	

Si habitant hors Pluneret, merci de préciser la raison de votre inscription :

Absence de capacité d'accueil dans une école de la commune de résidence (absence d'école publique et/ou filière bilingue)

Fratrie scolarisée dans la commune (autre enfant scolarisé au collège Kerfontaine ou à l'école publique)

Raisons professionnelles des parents et horaires de garderie incompatibles, ou pas de garderie

Raisons médicales imposant une scolarisation à Pluneret

Autres raisons (précisez) :
.....

ASSURANCE SCOLAIRE :

Mutuelle Saint-Christophe

Autre (joindre une attestation)

	Parent 1	Parent 2	Autre responsable
NOM Prénom			
Autorité parentale			
Adresse			
Téléphone fixe / portable			
Courriel			
Profession			
N° de téléphone pro			

PERSONNES À CONTACTER EN CAS D'IMPOSSIBILITÉ DE JOINDRE LES PARENTS

NOM	Lien avec l'enfant	Téléphone

PERSONNES AUTORISÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT À L'ÉCOLE

NOM	Téléphone

CONTRIBUTION DES FAMILLES

j'opte pour le prélèvement automatique mensuel, uniquement si prélèvement SEPA, autorisation de prélèvement jointe à compléter, accompagné d'un RIB (Facturation en 10 fois, de septembre à juin)

j'opte pour le paiement annuel (facturation en une fois sur la facture de septembre) : Chèque Prélèvement SEPA

Montant de la contribution annuelle: 1^{er} enfant : 225 € - 2^{ème} enfant : 215 € - 3^{ème} et plus : 205 € / enfant

Ecole Saint Joseph / Skol Sant Joheb

1 Rue du Dr Laennec, 56400 Pluneret ☎ : 02-97-24-00-49

✉ : eco56.stjo.pluneret@enseignement-catholique.bzh

🌐 : ecolestjosephpluneret.ovh

GARDERIE ET ACTIVITÉS SCOLAIRES

Les factures de la garderie sont établies mensuellement et doivent être réglées dans les meilleurs délais.

- J'opte pour le prélèvement automatique mensuel (autorisation de prélèvement jointe à compléter, accompagnée d'un RIB)
 J'opte pour le paiement mensuel par chèque bancaire

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI ? (oui / non) :

Allergies / Objet du PAI :

--

Médecin de famille :

Nom	Adresse	Téléphone

Nom, adresse et téléphone des professionnels de santé qui suivent l'enfant : (Orthophoniste, psychologue, psychomotricien, CPEA, CMPP...)

--

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) : _____

Articles de presse et internet

autorise que mon enfant soit photographié et/ou filmé dans un but pédagogique. Ces documents pourront paraître dans la presse locale et / ou sur le site internet de l'école.

APEL (Association des parents d'élèves) de l'école

autorise que mon courriel soit transmis à l'APEL pour pouvoir être informé(e) des diverses actions menées.

Sorties scolaires

autorise mon enfant à participer aux différentes sorties (scolaires et sportives), organisées dans le cadre de l'école et à utiliser le moyen de transport prévu.

Urgence

autorise Gaëlle EVEILLE, chef d'établissement ou l'un(e) de ses adjoint(e)s, à prendre en cas d'urgence, toute décision jugée indispensable pour la santé de l'enfant.

Comptes-rendus et bilans

autorise Gaëlle EVEILLE, chef d'établissement ou l'un(e) de ses adjoint(e)s, à échanger avec tout professionnel médical ou de soin en charge de mon enfant, dans le respect du secret professionnel de chacun, ainsi qu'à lui transmettre les bilans réalisés par ces mêmes professionnels.

Fait à

le

Noms et signatures (parents/tuteurs/autre)