

## **Ecole Catholique Sainte Odile**

### ◆ **Conditions d'inscription :**

- Frais de dossier :
  - 20 € pour l'aîné des enfants
  - 15 € pour les autres
  
- Un acompte d'immobilisation d'inscription égale à un mois de scolarité soit 64 € par famille qui ne sera pas remboursé en cas de radiation de l'enfant. Cette somme sera déduite de la première facture.
  
- Pour la classe de « Toute Petite Section » :
  - nous inscrivons uniquement les enfants nés entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 30 juin de l'année de leur deux ans.
  - La propreté est demandée, aucune couche même pendant la sieste.
  
- Les enfants ayant des allergies alimentaires et qui doivent déjeuner à la cantine, fourniront leur repas qui sera remis à température et la famille ne règlera que 50 % du prix du repas (frais pour l'encadrement).
  
- Frais de réinscription :
  - 16 € pour un enfant
  - 23 € pour deux enfants
  - 28 € pour trois enfants

### ◆ **Documents à fournir pour l'inscription :**

- certificat de radiation** si l'enfant est déjà scolarisé
- photocopies des certificats de vaccinations**
- photocopie du certificat de baptême ou du livret de famille catholique** si l'enfant est baptisé
- 1 photo d'identité**
- photocopies du livret de famille**
- les frais d'inscription**

Au nom de toute l'Equipe Educative, je vous remercie de la confiance que vous nous accordez, et vous exprime notre joie d'accueillir vos enfants à l'Ecole Sainte Odile.

G. Bordères  
Directrice

**Ecole Catholique Sainte Odile**  
**80, rue du pré aux Clercs**  
**34090 Montpellier**

**Décharge en cas d'accident**

Je soussigné (e) .....

**autorise les responsables de l'école Sainte Odile**

à faire donner à mon enfant .....

les soins d'urgence en cas de nécessité.

Nom de l'établissement hospitalier (en cas d'accident) : .....

.....

Fait à ..... le .....

Signature :

**Ecole Catholique Sainte Odile**  
**80, rue du pré aux Clercs**  
**34090 Montpellier**

**Décharge en cas d'accident**

Je soussigné (e) .....

**autorise les responsables de l'école Sainte Odile**

à faire donner à mon enfant .....

les soins d'urgence en cas de nécessité.

Nom de l'établissement hospitalier (en cas d'accident) : .....

.....

Fait à ..... le .....

Signature :