NOTRE-DAME de SAINTE-CROIX
CLASSES PREPARATOIRES ECG

FICHE DE CONFIRMATION D'INSCRIPTION EN CLASSES PRÉPARATOIRES ECG

Je, soussigné(e)*……

demande au lycée Notre-Dame de Sainte-Croix de Neuilly l'inscription définitive en Classes Préparatoires ECG pour l'année scolaire **2023-2024** de ma fille/mon fils

……..

Joindre un chèque d'acompte de 450€ (50 € de frais de dossier et 400 € d'acompte, déduits de la facture annuelle) à l'ordre de « OGEC Sainte-Croix ».

CLASSE : 1ère année
- □ **ESH + Maths approfondies**
- □ **ESH + Maths appliquées**
- □ **HGG + Maths approfondies**
- □ **HGG + Maths appliquées**

2ème année
- □ **ESH + Maths approfondies**
- □ **ESH + Maths appliquées**
- □ **HGG + Maths approfondies**
- □ **HGG + Maths appliquées**

1ère langue vivante : ……..

2ème langue vivante : ……

La présente demande implique l'acceptation des règlements intérieur et financier de l'établissement consultables sur notre site.

En cas de désistement, les frais de dossier et l'acompte restent acquis à l'établissement.
En cas d'échec au baccalauréat seul l'acompte est remboursé.

Date et signature :

***reporter très précisément les noms et prénoms tels qu'ils sont mentionnés sur les cartes d'identité (parents et étudiant)**

30 avenue du Roule – 92200 Neuilly sur Seine - www.saintecroix-de-neuilly.com
Responsable ☎ 01 46 43 19 70 ✉ prefet.prepa@indsc.fr **Secrétariat** ☎ 01 46 43 19 55 - ✉ secprep@indsc.fr
Organisme de Gestion de l'Institution Notre-Dame de Sainte-Croix. Association loi de 1901.

Sainte-Croix De Neuilly
30 Avenue du Roule
92200 NEUILLY-SUR-SEINE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS
Modalités de règlement

Renseignements famille

MONSIEUR	**MADAME**
Nom : ..... *(tel que figurant sur les actes d'état civil)* Prénom : ..... Tél. Portable : ..... Tél Bureau : ..... E-mail principal : ..... Code des catégories socio – professionnelles : ..... **(voir liste au dos de la feuille des renseignements médicaux)** Profession : ..... Société :	Nom: ..... *(tel que figurant sur les actes d'état civil)* Prénom : ..... Nom de jeune fille : ..... Tél. Portable : .....Tél. Bureau : ..... E-mail principal : ..... Code des catégories socio - professionnelles * : ..... **(voir liste au dos de la feuille des renseignements médicaux)** Profession : ..... Société : .....
Adresse : ..... Code postal : ..... Ville ..... Téléphone domicile : ..... Liste rouge : □ Situation familiale : ..... Enfants à charge : ..... Nombre d'enfants inscrits à Sainte-Croix de Neuilly :.....	**(en cas de séparation, renseignements de Madame)** Adresse : ..... Code postal : ..... Ville ..... Téléphone domicile : ..... Liste rouge : □ Situation familiale : ..... Enfants à charge : ..... Nombre d'enfants inscrits à Sainte-Croix de Neuilly : .....

Renseignements Elève

Numéro INE (à partir de la 6ème) : .....

Nom : .....
(tel que figurant sur les actes d'état civil)
Prénoms : .....
.....
(tous les prénoms tels que figurant sur les actes d'état civil)

Tel. Portable : ..... E-mail : .....

Date de Naissance : ..... Lieu : ..... Arr. :.....

Département : ..... Pays : .....

Nationalité : ..... Sexe : F □ G □

Date d'entrée : .....

Classe demandée : ..... Régime : EXT □ DP □

Informations indispensables de l'Etablissement actuel :

Privé □ Public □ Classe : .....

Numéro RNE : .....

Nom : .....

Adresse complète : .....

.....

.....

Options obligatoires :

1ère langue : .....
2ème langue : .....

Modalités de règlement

A l'inscription : joindre au dossier un chèque établi à l'ordre de l'OGEC Notre-Dame de Sainte-Croix (Montant précisé dans le « Document à fournir pour toute inscription » et dans le « Règlement financier »)

Choix de paiement pour les frais scolaires :

□ Paiement par chèque de la facture annuelle (règlement en une seule fois) avant le 05 octobre

□ Prélèvements automatiques mensuels du 05 octobre au 05 juin (joindre un RIB et le mandat de prélèvement joint)

Cochez la mention par une X

EN CAS DE SEPARATION (Cochez la mention par une X)

Répartition pour la facturation	Monsieur	Madame
- Acompte de 450€ :	□	□
- Contribution :	□	□
- Support éducatif :	□	□
- Demi-pension :	□	□
- Chèque au 05 Octobre :	□	□
- Prélèvements :	□	□
- Lieu où l'enfant réside* :	□	□

*Adresse si différente des parents :.....
.....

Date : .....

Signature Monsieur Signature Madame

2023-2024

Notre-Dame de Sainte-Croix de Neuilly
Classes préparatoires ECG

NOM : .....
Prénom : .....
N° INE : .....
Né (e) le : ..... Photo d'identité récente
A : .....
Nationalité : .....

Informations médicales importantes :

Parcours : □ **ESH + Maths appliquées** □ **HGG + Maths appliquées**
□ **ESH + Maths approfondies** □ **HGG + Maths approfondies**

LVA : .....

LVB : .....

Etablissement précédent (nom et ville) ....

Renseignements étudiant(e) :

Adresse pendant l'année scolaire : ....
.....
Portable : 0- -- -- -- --
Mail : .....

Renseignements famille :

Parents : □ Mariés □ Séparés □ Veufs(ves)
□ Divorcés □ Remariés

Père **Nom :** ..... **Prénom :** .....
Portable : 0- -- -- -- --

Mail :
Adresse :

Mère **Nom :** ..... **Prénom :** .....
Portable : 0- -- -- -- --

Mail :
Adresse :

SAINTE –CROIX
30 avenue du Roule
92200 Neuilly/seine

Année scolaire : .....
Classe : .....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

(A remettre au service médical scolaire)

Afin de nous permettre d'assurer un meilleur suivi de la santé de votre enfant,nous vous demandons de remplir ce questionnaire et d'y joindre ***la PHOTOCOPIE DES PAGES DE VACCINATIONS*** *de son carnet de santé. Pour respecter la* ***confidentialité*** *des informations médicales* ***veuillez mettre le tout sous pli fermé à l'ordre de l'infirmière de Sainte-Croix.***

IDENTITE de L'ELEVE

Nom :.....

Prénom :.....

Né(e) le :.....

Lieu de naissance :.....

Nationalité :.....

Nom et adresse de l'établissement scolaire précédent :

.....

.....

ADRESSE des PARENTS

.....

.....

Tel domicile :.....

Profession père :.....

Tel portable : .....

Profession mère :.....

Tel. Portable :.....

Si parents absents personne à contacter :.....

Tel :.....

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ELEVE

Nom de son médecin traitant :.....Tel :.....

L'élève a-t-il un problème de santé chronique ?.....
(Asthme, diabète, épilepsie .....)

.....

A-t-il subi une intervention chirurgicale ? :.....

Si oui, laquelle ? .....

A-t-il des allergies : - Alimentaires : NON OUI (*si oui joindre le protocole d'intervention rempli par médecin*)

- Médicamenteuses : NON OUI '' '' '' ''

Est-il suivi dans une consultation spécialisée ?.....

Si oui, laquelle ?.....

PERMIS D'OPERER

Je soussigné, Monsieur et/ou Madame.....

Père/mère de .....*élève en classe de*.....
autorise , en cas d'urgence, le directeur de l'établissement scolaire de Sainte-Croix de Neuilly à faire transporter et opérer mon enfant dans l'hôpital le plus proche.

Date : *Signature :*

LISTE DES CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

Code CSP	LIBELLÉ LONG
10	AGRICULTEUR EXPLOITANT
21	ARTISAN
22	COMMERCANT ET ASSIMILÉ
23	CHEF ENTREPRISE DE DIX SALARIÉS OU PLUS
31	PROFESSION LIBÉRALE
33	CADRE DE LA FONCTION PUBLIQUE
34	PROFESSEUR ET ASSIMILÉ
35	PROFESSION INFORMATION, ARTS, SPECTACLE
37	CADRE ADMINIS.ET COMMERC. D'ENTREPRISE
38	INGÉNIEUR, CADRE TECHN. D'ENTREPRISE
42	INSTITUTEUR ET ASSIMILÉ
43	PROFESSION INTERM. SANTÉ-TRAVAIL-SOCIAL
44	CLERGÉ, RELIGIEUX
45	PROFESSION INTERM. ADM. FONCTION PUBLIQUE
46	PROFESSION INTERM. ADM. COMMERCE ENTREPRISE
47	TECHNICIEN
48	CONTREMAITRE, AGENT DE MAITRISE
52	EMPL. CIVIL - AGENT SERVICE FONCT. PUBLIQUE
53	POLICIER ET MILITAIRE
54	EMPLOYE ADMINISTRATIF D'ENTREPRISE
55	EMPLOYE DE COMMERCE
56	PERSON. SERVICE DIRECT AUX PARTICULIERS
61	OUVRIER QUALIFIÉ
66	OUVRIER NON QUALIFIÉ
69	OUVRIER AGRICOLE
71	RETRAITE AGRICULTEUR EXPLOITANT
72	RETRAITE ARTISAN, COMMERCE CHEF D'ENTREPRISE
73	RERAITE CADRE, PROF. INERMEDIAIRE
76	RETRAITE EMPLOYE ET OUVRIER
81	CHOMEUR N'AYANT JAMAIS TRAVAILLÉ
82	PERSONNE SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE
99	NON RENSEIGNÉE (INCONNUE OU SANS OBJET)

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence Unique du Mandat

Nous vous rappelons que vous retrouverez votre référence de mandat (RUM) sur chacune des nos factures.

Mandat de prélèvement SEPA

SEPA
Single Euro Payments Area

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez **Ogec Institution Notre-Dame de Sainte-Croix** à envoyer des informations à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de **Ogec Institution Notre-Dame de Sainte-Croix**.
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) :

Débiteur

Votre Nom

Votre adresse

CP/Ville

France

IBAN

BIC

A

Signature :

Créancier

Ogec Institution Notre-Dame de Sainte-Croix

30 avenue du Roule

92200 NEUILLY SUR SEINE

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.

Veuillez compléter tous les champs du mandat.



Merci de coller votre relevé d'identité bancaire RIB

A nous retourner dûment complété