



NOTRE-DAME de SAINTE-CROIX
CLASSES PRÉPARATOIRES 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 **2025-2026** de ma fille/mon fils

.....

Joindre un virement d'acompte de 450€ (50 € de frais de dossier et 400 € d'acompte, déduits de la facture annuelle).

CLASSE : 1^{ère} année ESH + Maths approfondies
 ESH + Maths appliquées
 HGG + Maths approfondies
 HGG + Maths appliquées

2^{ème} année ESH + Maths approfondies
 ESH + Maths appliquées
 HGG + Maths approfondies
 HGG + Maths appliquées

1^{ère} langue vivante :

2^{ème} langue vivante :

- Cette confirmation d'inscription implique l'acceptation des règlements intérieur et financier de l'établissement consultables sur notre site.

***Pour les étudiants boursiers : la notification provisoire et/ou définitive doit nous être envoyée par mail dès réception.**

**En cas de désistement, les frais de dossier (50€) 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



NOM :

Prénom :

N° INE :

Né (e) le : Photo d'identité récente

A :

Nationalité :

Informations médicales importantes :

Parcours demandé : 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 De Neuilly

30 Avenue du Roule
92200 NEUILLY-SUR-SEINE

FICHE DE RENSEIGNEMENTS Modalités de règlement

Renseignements famille

<u>MONSIEUR</u>	<u>MADAME</u>
Nom : <i>(tel que figurant sur les actes d'état civil)</i>	Nom : <i>(tel que figurant sur les actes d'état civil)</i>
Prénom :	Prénom :
Tél. Portable : Tél Bureau :	Nom de jeune fille :
E-mail principal :	Tél. Portable : Tél. Bureau :
Code des catégories socio – professionnelles :	E-mail principal :
Profession : Société :	Code des catégories socio - professionnelles :
	Profession : Société :
(en cas de séparation, renseignements de Madame)	
Adresse :	Adresse :
Code postal : Ville :	Code postal : Ville :
Téléphone domicile : Liste rouge : <input type="checkbox"/>	Téléphone domicile : Liste rouge : <input type="checkbox"/>
Situation familiale : Enfants à charge :	Situation familiale : Enfants à charge :
Nombre d'enfants inscrits à Sainte-Croix de Neuilly :	Nombre d'enfants inscrits à Sainte-Croix de Neuilly :

Renseignements Etudiant

Numéro INE (à partir de la 6^{ème}) :

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 : Régime : EXT DP

Classe demandée :

Informations indispensables de l'Etablissement actuel :

Privé Public Classe :

Numéro RNE :

Nom :

Adresse complète :

.....

.....

Options obligatoires :

(Cochez la mention par une X)

ESH :

HGG :

Maths appliquées :

Maths approfondies

LVA :

LVB :

Modalités de règlement

A l'inscription : faire un virement de 450 € (Montant précisé dans le « Règlement financier »). Rib de l'établissement dans la liasse de documents.

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)
- Cochez la mention par une X

EN CAS DE SEPARATION

(Cochez la mention par une X)

Répartition pour la facturation

- | | | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|----------|--------------------------|--------|
| - | Acompte de 450€ | : | <input type="checkbox"/> | Monsieur | <input type="checkbox"/> | Madame |
| - | Contribution | : | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| - | Support éducatif | : | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| - | Demi-pension | : | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| - | Chèque au 05 Octobre | : | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| - | Prélèvements | : | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |
| - | Lieu où l'enfant réside* | : | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | |

*Adresse si différente des parents :

.....

Date :

Signature Monsieur

Signature Madame

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	RETRAITE CADRE, PROF. INTERMEDIAIRE
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



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.

Veillez compléter tous les champs du mandat.



Merci de coller votre relevé d'identité bancaire RIB

A nous retourner dûment complété



FICHE SANITAIRE de LIAISON et de l'INFIRMERIE

Infirmières : Manon Bouvier / Delphine Boudailliez
infirmerie@indsc.fr

Tel : 01.46.43.19.86 – 07.61.87.83.09

Pour toute modification concernant cette fiche durant l'année scolaire merci de nous prévenir.

L'ETUDIANT

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

CLASSE : _____

GARÇON

FILLE

REONSABLE(S) DE L'ENFANT

Nom - Prénom :	Nom - Prénom :
Tel portable :	Tel portable :
Adresse :	Adresse :

1 – VACCINATION

Date de la dernière vaccination antitétanique :

2 – RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

➤ Votre enfant est-il allergique ?

ASTHME

oui non

ALLERGIE MEDICAMENTEUSE

oui non Si oui laquelle ? :

ALLERGIE ALIMENTAIRE

oui non Si oui laquelle ? :

AUTRES

- **Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (projet d'accueil individualisé) ?** oui non

Si oui, joindre le protocole, l'ordonnance et le traitement.

Un PAI (projet d'accueil individualisé) est un document écrit, interne à l'établissement scolaire, qui concerne les enfants et les adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période. Il définit les adaptations apportées à la vie de l'enfant ou de l'adolescent en collectivité. Il répertorie les traitements et/ou les régimes médicaux. Enfin, il précise, si besoin, les aménagements de la scolarité en lien avec l'état de santé.

Tout élève présentant une allergie doit faire l'objet d'un PAI. Il convient de faire évaluer le risque allergique par un médecin et de le signaler à l'infirmière de l'établissement.

Pour les enfants ayant déjà un PAI : les documents et les médicaments pour l'année à venir sont à transmettre au plus vite à l'infirmière. Il est de la responsabilité des parents de vérifier les dates de péremption des médicaments et de les renouveler si nécessaire.

- **Votre enfant suit-il un traitement médical au quotidien ?** oui non

*Pour les voyages scolaires, merci de fournir aux accompagnateurs une **ordonnance** correspondant au traitement suivi et le(s) **médicament(s)** correspondant (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**).*

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

- **Votre enfant a-t-il des difficultés de santé ?** (handicap, maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation...) en précisant les précautions à prendre :

.....
.....
.....

Nom et téléphone du médecin traitant (facultatif) :

3- AUTORISATIONS

Je soussigné,..... responsable légal de l'enfant,

- déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche
- **autorise la délivrance de médicaments de première intention** par les responsables sur le temps scolaire et pour les activités extra scolaires dès lors qu'elles sont organisées par l'établissement (Paracétamol, Spasfon, Smecta, Lysopaine, Arnican, Apaisyl)
oui non

Aucun traitement ne peut être laissé à la libre disposition des élèves.

- **autorise les responsables à prendre, le cas échéant, toutes mesures** (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) **rendues nécessaires par l'état de l'enfant**, ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou d'un service d'urgence.

Date :

Signature :