



NOTRE DAME DE SAINTE CROIX  
CLASSES PREPARATOIRES D1

## FICHE DE CONFIRMATION D'INSCRIPTION EN

### CLASSE PREPARATOIRE Droit-Economie (D1-ENS-Rennes)

Je, soussigné(e)\* .....

demande au lycée privé Sainte Croix de Neuilly, l'inscription définitive en Classe Préparatoire D1, pour l'année scolaire **2021-2022** de ma fille/mon fils

.....  
**Joindre un chèque d'acompte de 880€ (80 € de frais de dossier et 800 € d'acompte qui seront déduits de la facture annuelle) à l'ordre de « OGEC Sainte-Croix ».**

**CLASSE :**                       **1<sup>ère</sup> année**                       **2<sup>ème</sup> année**

1<sup>ère</sup> langue vivante : .....

2<sup>ème</sup> langue vivante : .....

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

**En cas de désistement les droits d'inscription et l'acompte restent acquis à l'établissement**  
**En cas d'échec au baccalauréat les chèques sont retournés aux familles**

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](http://www.saintecroix-de-neuilly.com)

Responsable ☎ 01 46 43 19 70 ✉ [prefet.prepa@indsc.fr](mailto:prefet.prepa@indsc.fr)

Secrétariat ☎ 01 46 43 19 55 - ✉ [secprep@indsc.fr](mailto:secprep@indsc.fr)

Organisme de Gestion de l'Institution Notre Dame de Sainte Croix. Association loi 1901

# 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	ADRESSE des PARENTS
<b>Nom</b> : .....	.....
<b>Prénom</b> : .....	.....
<b>Né(e) le</b> : .....	<b>Tel domicile</b> : .....
<b>Lieu de naissance</b> : .....	<b>Profession père</b> : .....
<b>Nationalité</b> : .....	<b>Tel portable</b> : .....
<b>Nom et adresse de l'établissement scolaire précédent</b> : ..... .....	<b>Profession mère</b> : .....
	<b>Tel. Portable</b> : .....
<b>Si parents absents personne à contacter</b> : .....	
	<b>Tel</b> : .....

## 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**

<b>Code CSP</b>	<b>LIBELLÉ LONG</b>
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. INERMEDIAIRE
76	RETRAITE EMPLOYE ET OUVRIER
81	CHOMEUR N'AYANT JAMAIS TRAVAILLÉ
82	PERSONNE SANS ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE
99	NON RENSEIGNÉE (INCONNUE OU SANS OBJET)

# 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 : .....	Tél. Portable : ..... Tél. Bureau : .....
E-mail principal : .....	E-mail principal : .....
Code des catégories socio - professionnelles : ..... <b>(voir liste au dos de la feuille des renseignements médicaux)</b>	Code des catégories socio - professionnelles * : ..... <b>(voir liste au dos de la feuille des renseignements médicaux)</b>
Profession : ..... Société : .....	Profession : ..... Société : .....
<b>(en cas de séparation, renseignements de Madame)</b>	
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 Elève

Numéro INE (à partir de la 6<sup>ème</sup>) : .....

Nom : .....  
(tel que figurant sur les actes d'état civil)

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

Date de Naissance : ..... Lieu : ..... ARR. : .....

Département : ..... Pays : .....

Nationalité : ..... Sexe : F  G

Date d'entrée : .....

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

### Informations indispensables de l'Établissement actuel :

Privé  Public  Classe : .....

Numéro RNE : .....

Nom : .....

Adresse complète : .....

.....

.....

### Options obligatoires :

1ère langue : .....

2ème langue : .....

3ème langue : .....

### Options facultatives :

.....

.....

.....

## 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**

#### **Répartition pour la facturation**

- |                           |   |                          |          |                          |        |
|---------------------------|---|--------------------------|----------|--------------------------|--------|
| - Contribution            | : | <input type="checkbox"/> | Monsieur | <input type="checkbox"/> | Madame |
| - 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"/> |        |

Cochez la mention par une X

Date : .....

Signature Monsieur                      Signature Madame

## 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.

<b>Débiteur</b>	Identifiant du créancier (ICS) :
Votre Nom	<b>Créancier</b>
Votre adresse	Ogec Institution Notre-Dame de Sainte-Croix
CP/Ville	30 avenue du Roule
France	92200 NEUILLY SUR SEINE
France	France
IBAN	
BIC	Paiement : <input checked="" type="checkbox"/> Récurrent/répétitif <input type="checkbox"/> Ponctuel
A	Le :
Signature :	Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.
	<b>Veillez compléter tous les champs du mandat.</b>



**Merci de coller votre relevé d'identité bancaire RIB**

A nous retourner dûment complété

