



INFORMATIONS REINSCRIPTION ET INSCRIPTION FRATRIE **2020-2021**

1/ VOUS TROUVEREZ LE DOSSIER ADMINISTRATIF SUR LE SITE DE L'ECOLE A REMPLIR ET A NOUS REMETTRE SOUS ENVELOPPE.

<http://www.aiu.org/fr/ecole-alliance-gustave-leven>

- La fiche de renseignements complétée avec photo (à ajouter)
- La fiche sanitaire de liaison complétée avec la photocopie du carnet de santé (partie vaccination) à ajouter.
- Les personnes autorisées à récupérer l'enfant
- Le droit à l'image
- Le bon de commande pour les blouses
- L'attestation d'assurance scolaire (à nous envoyer par mail ou courrier en septembre 2020)

2/ VOUS TROUVEREZ LE DOSSIER FINANCIER DANS LE CARTABLE DE VOTRE ENFANT A REMPLIR ET A NOUS REMETTRE DANS LA MEME ENVELOPPE.

- L'engagement financier PAR ENFANT à remplir et à signer obligatoirement suivant le tableau outil joint
- 1 chèque d'acompte PAR ENFANT de 250 € (encaissé en juillet) déductible du mois de septembre pour confirmer la réinscription.
- Le règlement financier à garder
- La convention de scolarisation PAR ENFANT, si celle de l'année précédente n'est pas conforme.

- Si règlement par prélèvement automatique :

- Le mandat SEPA rempli
- Votre RIB ajouté au mandat SEPA

- Si règlement par chèque :

- Un ou 10 chèques correspondant au montant annuel total de la scolarité.

Le dossier doit nous être rendu renseigné et complet le vendredi 6 mars 2020 au plus tard.

Aucune réinscription ne sera définitive tant que le dossier financier ne sera pas complet et validé.

Vous recevrez alors un email de confirmation.

Nous vous remercions de la confiance renouvelée à notre école.



École Alliance Gustave Leven
ALLIANCE ISRAËLITE UNIVERSELLE



FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Photo de l'enfant

ANNEE SCOLAIRE 20...../20.....

MATERNELLE PRIMAIRE

Classe de :

1- IDENTIFICATION DE L'ELEVE

NOM PRÉNOM(S)

Sexe : M F

Né(e) le /...../..... à Ville : (Pour Paris préciser l'arrondissement) Pays :

Adresse du domicile : CP Ville/Pays :

Tél. domicile : Nationalité :

2- PARENTS/TUTEURS

Père

NOM : PRÉNOM(S) :

Nationalité : Profession :

Adresse du domicile : CP Ville/Pays :

Tél. domicile : Tél portable : Tél bureau :

Adresse mail :

Mère

NOM : Née : PRÉNOM(S) :

Nationalité : Profession :

Adresse du domicile : CP Ville/Pays :

Tél. domicile : Tél portable : Tél bureau :

Adresse mail :

Situation de famille :

Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Célibataire Veuf (ve) En couple

Si parents séparés, l'enfant vit chez : Sa mère Son père En garde alternée

(En cas de divorce joindre impérativement copie du jugement ou de l'ordonnance de non-conciliation)

(En cas de séparation, joindre le jugement du Juge aux Affaires Familiales)

Tuteur/tutrice

NOM(S) : PRÉNOM(S) :

Nationalité : Profession :

Adresse du domicile : CP Ville/Pays :

Tél. domicile : Tél portable : Tél bureau :

Adresse mail :

3- SCOLARITE ANTERIEURE (20...../20.....)

Nom de l'établissement fréquenté : PUBLIC PRIVE

Adresse : Ville :

Classe :

4- FRERES ET SCEURS

Prénom	Âge	Classe et établissement fréquenté

Date :

Signatures des parents / tuteurs :

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

L'ENFANT

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

CLASSE :

1 – RESPONSABLE(S) DE L'ENFANT

• NOM PRÉNOM

TÉL DOMICILE : TÉL PORTABLE : TÉL BUREAU :

• NOM PRÉNOM

TÉL DOMICILE : TÉL PORTABLE : TÉL BUREAU :

Nom et n° de tél. d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement :

Nom et n° de tél. du Médecin traitant :

Nom et adresse du centre de sécurité sociale :

Nom et adresse de l'assurance scolaire :

2 – VACCINATIONS

Veuillez nous fournir une attestation ou photocopie des vaccinations obligatoires.

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

ATTENTION : Le vaccin antitétanique ne présente aucune contre-indication.

3 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants

(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.

A titre indicatif : L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ASTHME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

L'enfant souffre-t-il d'allergies ? oui non

Si oui, précisez lesquelles :

INDIQUEZ CI-APRÈS :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les précautions à prendre :

.....
.....

L'enfant fait-il l'objet d'un suivi particulier ? : oui non

Si oui, avec : orthophoniste psychomotricien psychologue autre :

4 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui non

DES LUNETTES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui non au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....
.....

Je soussigné(e),, responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, dans la mesure où j'ai été prévenu(e) dans les plus brefs délais.

Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date :

Signature :

PERSONNE(S) AUTORISEE(S) A RECUPERER VOTRE ENFANT
DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE 2020/2021

Je soussigné(e), Mme / M. _____

Parents de l'élève _____

en classe de _____ ,

autorise les personnes suivantes à venir chercher mon
enfant à la sortie des classes :

Ci-joint une photocopie de la pièce d'identité de chaque personne
inscrite pour faire valoir ce que de droit.

Compléter, dater et signer :

NOTE D'INFORMATION

Droit à l'image et à la protection des données personnelles

Madame, Monsieur,

Les informations administratives recueillies pour l'inscription de vos enfants dans un établissement appartenant au réseau scolaire de l'Alliance Israélite Universelle (AIU) sont obligatoires. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont conservées, conformément à la loi, au départ de l'élève, dans les archives des établissements.

Certaines données seront transmises, à sa demande, au Rectorat de l'Académie.

Sauf opposition de votre part, une photo d'identité numérisée sera conservée par l'établissement de votre enfant pour l'année en cours ; elle ne sera jamais communiquée à des tiers.

Par ailleurs, les activités pédagogiques et éducatives mises en œuvre dans le cadre de l'établissement tout au long de l'année scolaire impliquent parfois l'utilisation d'un appareil photographique ou d'un caméscope.

Vos enfants pourront donc être photographiés ou filmés lors de ces activités : classes de découverte, voyages ou différentes activités liées à des projets ou à des événements, etc.

Conformément à la législation en vigueur concernant les droits liés aux images des personnes, il est bien entendu que la diffusion de ces images restera dans le strict cadre professionnel (plaquette, site internet des établissements du réseau scolaire de l'Alliance Israélite Universelle, rétrospective...) et qu'aucune exploitation commerciale à quelque titre que ce soit n'en sera faite par l'établissement.

Toutefois, si vous vous opposiez à ce que votre enfant soit photographié ou filmé, veuillez le mentionner ci-dessous. Le cas échéant, les dispositions nécessaires seront alors prises.

Conformément à la loi française n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne justifiant de son identité et contre versement d'une redevance forfaitaire peut, en s'adressant au chef d'établissement, demander communication et rectification des informations la concernant.

✂

Talon à retourner au secrétariat des inscriptions avec le dossier d'inscription

DROIT A L'IMAGE

AUTORISATION VALABLE 5 ANS A COMPTER DE LA SIGNATURE

Madame – Monsieur

Parent/Responsable deClasse.....

Utilisations	D'accord	Pas d'accord
Accord pour que mon enfant soit photographié ou filmé dans le cadre des activités scolaires.		
Accord pour la publication des photographies ou vidéos dans la newsletter et sur le site internet de l'école; ainsi que dans la newsletter, le site internet ou tout support papier de l'AIU (les légendes des images ne comporteront pas de renseignements susceptibles d'identifier précisément l'élève).		
Accord pour la publication des photographies ou vidéos sur la page Facebook de l'école.		

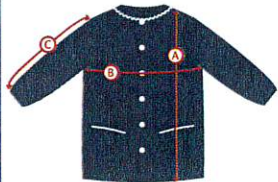
Date et signature des parents (faire précéder de la mention lu et approuvé) :

Alliance Gustave Leven

COMMANDE DE TABLIERS

GUIDE DES TAILLES (en cm)

FILLE



Tailles	A	B	C
3	52	39	34
4	55	40	36
6	61	42	41
8	67	44	45
10	70	46	49
12	73	48	51
14	75	50	52
M	80	52	54

GARÇON



Tailles	A	B	C
3	46	44	34
4	48	45	36
6	52	47	41
8	56	49	45
10	60	51	49
12	64	53	51
14	72	55	53
M	75	58	54

A : Pointe d'épaule - Bassin
B : Demi tour de poitrine
C : Longueur de bras

Nom de famille : _____
 Prénom : _____
 Adresse : _____
 Mobile : _____
 Adresse mail : _____



Farès

GARÇON



Inès

FILLE



Camille

coloris : Navy

Tablier brodé au logo de l'AGL et au nom/prénom de l'enfant : **20€ TTC***

* Conditions particulières négociées avec l'établissement

MODÈLE	BRODERIE <small>veuillez indiquer le nom et le prénom de l'enfant en MAJUSCULE</small>	TAILLE <small>Voir le guide des tailles</small>	QUANTITÉ	Total PRIX
Tablier Farès navy GARÇON				
Tablier Camille navy FILLE				
Tablier Inès navy FILLE				
* Si vous choisissez le retrait en magasin, notre boutique à Paris vous accueille: Lundi au Vendredi 9h-19h 60 rue Pergolèse 75116 PARIS Tel : 01.84.17.21.30		LIVRAISON	Colissimo Envoi à domicile	7,90€
			*Retrait en magasin	
Total TTC				

Paiement par :

CB

Chèque

Espèce

Pour vous garantir un meilleur service, nous vous informons que :
 - Seules les commandes réglées seront prises en compte.
 - Les chèques sont à établir à l'ordre de BcgSchool.

Bon valable jusqu'au 30/06/2015