



GROUPE SCOLAIRE DE L'ALLIANCE ISRAELITE UNIVERSELLE

PREGAN - GAN - PRIMAIRE – COLLEGE - LYCEE



35, 37 Allée Robert Estienne

93320 LES PAVILLONS SOUS BOIS

01.48.48.16.17. / groupescolaire@alliancepavillons.org

INFORMATIONS GENERALES

ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT PRIVE DU PREMIER ET SECOND DEGRE SOUS CONTRAT D'ASSOCIATION AVEC L'ETAT

- HABILITE A RECEVOIR DES BOURSIERS NATIONAUX
- DEMI-PENSION
- RAMASSAGE SCOLAIRE

DU PRE GAN AUX CLASSES TERMINALES

ENSEIGNEMENTS DE SPECIALITE
(MATHEMATIQUES, S.V.T., PHYSIQUE-CHIMIE, S.E.S., HGGSP, AMC, N.S.I.(1^{ère}))

MODULES DE CULTURE GENERALE

LANGUES VIVANTES : ANGLAIS, HEBREU, ESPAGNOL

**L'ENSEIGNEMENT SPECIFIQUE AU PROJET D'ETABLISSEMENT
EST DISPENSE PAR GROUPES DE NIVEAU**

Pour tout renseignement contacter le bureau de la gestion scolaire

01 48 48 16 17 ou groupescolaire@alliancepavillons.org



GROUPE SCOLAIRE DE L'ALLIANCE ISRAELITE UNIVERSELLE
35, 37 allée Robert Estienne,
93320 Les Pavillons-sous-Bois
01 48 48 16 17
groupescolaire@alliancepavillons.org

PRE-INSCRIPTION : NOTICE EXPLICATIVE

PIECES A FOURNIR :

- 1/ Les formulaires dûment complétés.
- 2/ Les photocopies des bulletins scolaires de l'enfant, de l'année en cours et de l'année précédente. *Le nom, prénom de l'élève ainsi que le nom et l'adresse de l'établissement fréquenté doivent figurer sur les bulletins. Le numéro d'identifiant de l'établissement doit figurer obligatoirement. (R.N.E)*
- 3/ Photocopie du carnet de Santé. (Partie vaccination)
- 4/ Une photocopie de la carte d'identité de l'enfant.
- 5/ Une photocopie de la **carte d'identité des 2 parents**.
- 6/ Une photocopie du livret de famille complet.
- 7/ 2 enveloppes non libellées et affranchies au tarif en vigueur.
- 8/ 2 photos d'identité.
- 9/ Photocopie de **l'attestation de droits à l'assurance maladie** où figure l'enfant.
- 10/ **Un chèque de 80 €** de frais par dossier. (Encaissé quelle que soit la décision et non déductible de la scolarité)
- 11/ **Le certificat de radiation ou exéat** du dernier établissement fréquenté.

Les frais de scolarité annuels *hors frais* répartis sur 10 mois sont les suivants (**tarifs année 2025-2026 susceptibles de variation**) :

TARIFS MENSUELS :

SCOLARITE EN DEMI-PENSION (Tous nos élèves sont demi-pensionnaires)	PRIMAIRE COLLEGE LYCEE	GAN	PREGAN
Scolarité & Cantine	470 € / mois	430,50 € /mois	452,50 € /mois
Scolarité, Cantine & Transport	595,50 € /mois		

Des abattements peuvent être accordés selon les ressources des familles après étude du dossier par le service social et sur pièces justificatives, **une fois l'enfant admis**.

NOTE IMPORTANTE :

- Les dossiers sont à adresser en format papier uniquement au Service de la **GESTION SCOLAIRE**.
- Seuls les dossiers complets seront étudiés en commission.

L'admission ne sera définitive qu'après entretien de Monsieur le DIRECTEUR avec les parents ou responsables légaux, accompagnés de l'enfant.

**GROUPE SCOLAIRE DE L'ALLIANCE**

35, 37 allée Robert Estienne,

93320 Les Pavillons-sous-Bois

01 48 48 16 17

groupescolaire@alliancepavillons.org

Joindre une photo

ICI**FICHE D'INSCRIPTION**

ANNEE 20-20....

NOM DE L'ENFANT**Prénoms :****Date de naissance :** / /Sexe : F M **Lieu de naissance :****Nationalité :****Classe en cours** **Classe demandée****Nom et adresse de l'établissement d'origine :****Public** **Privé** **Sous contrat** **élève boursier** **PARENT RESPONSABLE PRINCIPAL****Nom**..... **Prénom**.....**Adresse**.....**Profession** :**Numéro de sécurité sociale** : ... / / / / /

: 0 : 01

E-mail :**CONJOINT****Nom de jeune fille** : **Prénom****Adresse**.....**Profession****Numéro de sécurité sociale** : ... / / / / /

: 0 : 01

E-mail :**Situation familiale** : Mariés Divorcés Séparés Veuf (ve) Célibataires **Responsable légal de l'enfant** :**Adresse**.....**Frères et sœurs**

Prénom	Âge	Classe et établissement fréquenté

Langue vivante 1 :**Langue vivante 2** :Ramassage scolaire demandé

Date et signature des parents :

Date de l'entretien Décision

Signature de la Direction



GROUPE SCOLAIRE DE L'ALLIANCE PAVILLONS SOUS BOIS

FICHE SANITAIRE ANNEE 20- 20....

Joindre une
photo
ICI

SERVICE DE SANTE SCOLAIRE : FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Nom de l'enfant : Prénom : Classe :

Né (e) le : Nombre de frères : Sœurs :

Nom du père : Prénom : Profession :

Nom de jeune fille de la mère : Prénom Profession :

ADRESSE :

N° de téléphone du domicile : 01.....

N° de téléphone du travail du père : 01..... : 0.....

N° de téléphone du travail de la mère : 01..... : 0.....

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

Nom et n° de téléphone du médecin traitant :

MALADIES INFANTILES : Votre enfant a-t-il eu :

Rougeole oui non

Scarlatine oui non

Varicelle oui non

Oreillons oui non

Coqueluche oui non

Typhoïde oui non

Interventions chirurgicale subies : lesquelles, et à quelle date ? :

VACCINATIONS :

Pour tous les élèves, veuillez nous fournir une attestation ou photocopie des vaccinations obligatoires.

OBSERVATIONS PARTICULIERS : que vous jugez utile de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, précaution particulière à prendre).....

DOCUMENT NON CONFIDENTIEL à remplir par les familles à chaque début d'année scolaire. Si vous souhaitez transmettre des informations confidentielles, vous pouvez le faire sous enveloppe fermée à l'attention de l'infirmière de l'établissement.

EN CAS D'URGENCE : un élève accidenté ou malade est orienté et transporté par les services de secours le mieux adapté. La famille est immédiatement avertie par nos soins. Un élève mineur ne peut sortir de l'hôpital qu'accompagné d'un membre de sa famille.

AUTORISATION D'INTERVENTION CHIRURGICALE

Nous soussignés, Monsieur et/ou Madame : autorisons l'anesthésie de notre enfant : au cas où, victime d'un accident, d'une maladie aiguë à évolution rapide, il/elle aurait à subir une intervention chirurgicale.

A le Signature.....