

# DOSSIER DE REINSCRIPTION RENTREE 2017-2018

(à remplir par les familles)

**Je souhaite réinscrire mon enfant pour une scolarisation en classe de :**

Primaire\* (maternelle ou élémentaire) en classe de PS – MS – GS – CP – CE1 – CE2 – CM1 – CM2

Secondaire\* (Collège ou lycée) en classe de 6EME – 5EME – 4EME – 3EME – 2NDE – 1ERE - TAL

\*Entourer le niveau de classe

## IDENTIFICATION DE L'ÉLÈVE

Nom : ..... Prénoms : .....

Date de naissance : ...../...../..... Sexe : F ou M

Ville et pays de naissance : .....

Classe antérieure : .....

Nationalité :  Français

Sénégalais

Binational Franco-Sénégalais

Autre Nationalité : .....

## IDENTIFICATION DU RESPONSABLE LEGAL 1

PERE  MERE  TUTEUR

Nom, prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Nationalité : ..... Activité :  Actif  Retraité

CSP :  Agriculteur exploitant  Artisan, commerçant, chef d'entreprise

Cadre  Profession libérale  Employé  Ouvrier

Adresse domicile (obligatoire) : .....

Commune, quartier, près de : .....

Email : .....@.....

N° de tél fixe : ..... N° de tél portable : .....

## IDENTIFICATION DU RESPONSABLE LEGAL 2

PERE  MERE  TUTEUR

Nom, prénom : ..... Date de naissance : ...../...../.....

Nationalité : ..... Activité :  Actif  Retraité

CSP :  Agriculteur exploitant  Artisan, commerçant, chef d'entreprise

Cadre  Profession libérale  Employé  Ouvrier

Adresse domicile (obligatoire) : .....

Commune, quartier, près de : .....

Email : .....@.....

N° de tél fixe : ..... N° de tél portable : .....

## Frères et sœurs déjà scolarisés dans l'établissement en 2016-2017

Nom	Prénoms	Date de naissance	Classe

**Montant des frais de scolarité pour une réinscription**

A LA REINSCRIPTION	Année scolaire 2017-2018	Maternelle	Elémentaire	Collège		Lycée		
				6è à 4è	3è	2ND	1ERE	TAL
	Droit de réinscription	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000	50 000
	Adhésion APE	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000	10 000
	Assurance	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000	5 000
	Frais d'examen (DNB, EA, BAC)				32 000		84 000	146 000
	Frais de convention	X	X	X	X	X	150 000	150 000
	Ecolage du mois de juin 2018	115 000	135 000	175 000	175 000	185 000	225 000	225 000
	<b>1er sous total annuel</b>	<b>180 000</b>	<b>200 000</b>	<b>240 000</b>	<b>272 000</b>	<b>250 000</b>	<b>524 000</b>	<b>586 000</b>
CHAQUE MOIS	Ecolage de septembre 2017 à mai 2018	115 000	135 000	175 000	175 000	185 000	225 000	225 000
	<b>Ecolages pour les 9 mois</b>	<b>1 035 000</b>	<b>1 215 000</b>	<b>1 575 000</b>	<b>1 575 000</b>	<b>1 665 000</b>	<b>2 025 000</b>	<b>2 025 000</b>
	<b>TOTAL ANNUEL</b>	<b>1 215 000</b>	<b>1 415 000</b>	<b>1 815 000</b>	<b>1 847 000</b>	<b>1 915 000</b>	<b>2 549 000</b>	<b>2 611 000</b>

**Réductions familles nombreuses :**

Pour une famille de 2 enfants et plus inscrits dans l'établissement, chaque élève bénéficie d'une réduction mensuelle de **5 000 FCFA** sur les écolages.

**Bourses :**

Mon enfant était boursier en 2016-2017 OUI  NON   
 Si oui, avec quelle quotité : .....%

**Echéancier de règlement :**

**1<sup>ER</sup> sous total annuel : à la réinscription**  
**Ecolages mensuels : A régler entre le 1<sup>ER</sup> et le 10 de chaque mois**

Tout retard de paiement des écolages engendre **obligatoirement une majoration de 10%** suivant l'article 15 des statuts de l'APE-LFJP.

**NB :** En cas d'annulation, le 1<sup>er</sup> sous total n'est pas remboursable, il est intégralement conservé par l'Établissement.

Je soussigné(e) Mr Mme ..... responsable légal(e) de l'élève :

Nom ..... Prénom .....

Atteste avoir pris connaissance des modalités de règlement des frais de scolarité pour l'année 2017-2018 ainsi que du paiement des pénalités de 10% en cas de retard.

**Signature du responsable légal**

(précédée de la mention lu et approuvé)

Saly le / / 2017

## Modalités de versement du premier sous-total annuel

- 1) Par chèque en F CFA tiré sur une banque sénégalaise à l'ordre de : APE-LFJP
- 2) Par ordre de virement bancaire en F CFA ou en euros au taux en vigueur (1 euro = 655,957 F CFA). Veuillez effectuer le virement avec un montant « **net bénéficiaire** », en particulier pour les ordres de virement en euros donnés depuis l'extérieur de l'espace SEPA (zone euro étendue).

### Relevés d'Identité Bancaires de l'établissement

#### RIB du CIC Banque Transatlantique pour un virement en euros en France



#### RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE

Identifiant national de compte bancaire - RIB

Banque	Guichet	N° compte	Clé	Devise
30568	19904	00028275201	37	EUR

**BANQUE TRANSATLANTIQUE**

Identifiant international de compte bancaire

IBAN (International Bank Account Number)

FR76 3056 8199 0400 0282 7520 137

BIC (Bank Identifier Code)

CMCIFRPP

**Domiciliation**

Banque Transatlantique  
26, avenue Franklin D. Roosevelt  
75008 Paris

**Titulaire du compte (Account Owner)**

ECOLE FR JACQUES PREVERT  
ROUTE DE SALY STATION  
BP 99  
SALY SN

#### RIB de la BICIS pour un virement en francs CFA au Sénégal

 <b>BICIS</b> GROUPE BNP PARIBAS
<b>Relevé d'Identité Bancaire / IBAN</b>
<hr/> <i>Cadre réservé au destinataire du RIB</i> <hr/>
<hr/> <i>Titulaire du compte</i> <b>APE DU LYCEE FRANCAIS JACQUES PREVERT</b> <hr/>
<hr/> <b>Domiciliation : SALY</b> <b>Devise du compte XOF</b> <b>RIB : SN010 09303 007713500047 58</b> <b>IBAN : SN08 SN01 0093 0300 7713 5000 4758</b> <b>BIC : BICISNDXXXX</b>

# FICHE MÉDICALE D'URGENCE\*

## ANNÉE SCOLAIRE 2017 – 2018

NOM : ..... PRÉNOM : .....

Date de naissance : ..... Classe : .....

Nom et adresse des parents ou du représentant légal : .....

J'autorise l'administration du Lycée Français Jacques Prévert à prendre en cas d'urgence, toutes les mesures utiles pour une admission rapide dans l'établissement de mon choix :

Allô Docteur       Clinique du Littoral       Urgences 24       Autre

Si autre, précisez le nom de l'établissement : .....

Adresse : ..... Téléphone : .....

**En cas d'urgence, la famille sera avertie dans les meilleurs délais par l'établissement. L'élève sera orienté et transporté vers un établissement hospitalier sous la responsabilité des services de secours d'urgence. Il appartiendra ensuite aux représentants légaux de prendre les dispositions nécessaires pour accompagner l'élève afin qu'il puisse sortir de l'établissement hospitalier dans lequel il a été conduit.**

Je joins une copie de la lettre de garantie de mon employeur ou de mon assurance, attestant de la prise en charge des frais d'hospitalisation pour mon enfant. (En l'absence de lettre de garantie ou d'assurance, les frais d'hospitalisation seront à la charge de la famille.)

Nom, adresse et téléphone du médecin traitant : .....

En cas d'accident, l'établissement s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides.

Veillez faciliter notre tâche en nous donnant **au moins un numéro de téléphone** :

1-N° de téléphone du domicile : .....

2-N° de téléphone du travail du Resp. 1 : ..... Portable .....

3-N° de téléphone du travail du Resp. 2 : ..... Portable .....

4-Nom, N° de téléphone et titre d'une personne susceptible de vous prévenir rapidement : .....

**JOINDRE IMPERATIVEMENT UNE ATTESTATION MEDICALE DE MOINS DE 3 MOIS VALIDANT LA COUVERTURE VACCINALE DE VOTRE ENFANT POUR L'ANNEE SCOLAIRE 2017-2018**

Observations particulières (\*) que vous jugez utiles de porter à la connaissance de l'établissement (allergies, traitements en cours, port de lunettes ou autres prothèses, précautions particulières 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 cachetée à l'attention du chef d'établissement.**