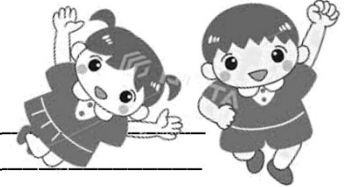




BACK TO SCHOOL 2022/2023 L.I.S.E. ACADEMY

INSCRIPTION en TPS / APPLICATION for TPS



NOM / SURNAME : _____
 Prénom / Firstname : _____
 Date de naissance / Birthdate : _____
 Lieu / Place : _____
 Nationalité / Nationality : _____

| | |
|------------|------------------------------|
| Maternelle | TPS <input type="checkbox"/> |
|------------|------------------------------|

RESPONSABLES LEGAUX DE L'ENFANT / LEGAL REPRESENTATION OF THE CHILD :

Autorité parentale/Parental authority : Père et mère / Father and mother Père / Father Mère / Mother Tuteur / Guardian

Mère ou Tutrice / Mother or Guardian

Père ou Tuteur / Father or Guardian

| | |
|---|---|
| Nom et prénom / Surname and Firstname : | Nom et prénom / Surname and Firstname : |
| Profession / Profession : | Profession / Profession : |
| Adresse / Address : | Adresse / Address : |
| Code postal et Ville / Postal code / City : | Code postal et Ville / Postal code / City : |
| TEL : 0690 _____ | TEL : 0690 _____ |
| HOME : 0590 _____ | HOME : 0590 _____ |
| WORK : 0590 _____ | WORK : 0590 _____ |
| Email : | Email : |

RECOMMANDATIONS PARTICULIERES / SPECIFIC INFORMATION :

PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT/PEOPLE AUTHORIZED TO COLLECT YOUR CHILD*:

Nom, prénom / Surname, first name : _____ Tél: _____
 Nom, prénom / Surname, first name : _____ Tél: _____
 Nom, prénom / Surname, first name : _____ Tél: _____

** présenter pièce d'identité la première fois*



BACK TO SCHOOL 2022/2023 L.I.S.E. ACADEMY

FICHE SANITAIRE DE LIAISON / MEDICAL FORM

NOM et prénom de l'enfant : _____

Date et lieu de naissance : _____

| VACCINS OBLIGATOIRES | OUI | NON | Date des derniers rappels | VACCINS RECOMMANDES | Dates |
|------------------------------|-----|-----|---------------------------|------------------------------|-------|
| Diptéria / Diphtheria | | | | Hépatite B / Hepatitis B | |
| Tétanos / Tetanus | | | | Rubéole-Oreillons-Rougeole / | |
| Poliomyélite / Polyomyelitis | | | | Rubella-Mumps-Measles | |
| Ou DT Polio | | | | Coqueluche – | |
| Ou Tétracoq | | | | Whooping cough | |
| BCG | | | | Autres (préciser) | |

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

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Si l'enfant suit un traitement médical, joindre une ordonnance et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leurs emballages d'origine marqués au nom de l'enfant) /

If your child is under medication, please join the prescription and the medicine marked with the name of your child).

AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE PRIS SANS ORDONNANCE (même Aspirine ou Doliprane)

NO MEDICINE WILL BE GIVEN WITHOUT THE PRESCRIPTION (Even aspirin or paracetamol)

Cocher les maladies que votre enfant a déjà eu / Check the diseases your child has already had:

| | | | | | |
|----------------------------|-----------|----------|--------------------------------------|-----------|----------|
| Rubéole / Rubella: | OUI / YES | NON / NO | Varicelle / Chickenpox: | OUI / YES | NON / NO |
| Angine / Angina : | OUI / YES | NON / NO | Scarlatine / Scarlet fever: | OUI / YES | NON / NO |
| Otite / Earache : | OUI / YES | NON / NO | Rougeole / Measles : | OUI / YES | NON / NO |
| Oreillons / Mumps : | OUI / YES | NON / NO | Coqueluche / Whooping cough : | OUI / YES | NON / NO |

PROBLEMES MEDICAUX : Maladies particulières, traitement en cours, allergies, contre-indications / Particular illnesses, medication, current treatment, allergies : (Pour les allergies précisez la nature et le degré / For allergies, specify the origin and the degree)

Nom et téléphone du médecin traitant / Name and phone number of the attending doctor :

Caisse de sécurité sociale du Responsable de l'enfant / Guardian's Social Security details:

Fait à _____, le _____ Signature du responsable légal :



BACK TO SCHOOL 2022/2023 L.I.S.E. ACADEMY

AUTORISATIONS / AUTHORIZATIONS

NOM / SURNAME : _____
Prénom / Firstname : _____
Date de naissance / Birthdate : _____
Lieu / Place : _____
Nationalité / Nationality : _____

ACTIVITES / ACTIVITIES

Je soussigné (e), Mme / M / I the undersigned Mrs or M.

_____, responsable légal de
l'enfant/legal guardian of _____

l'autorise à pratiquer toutes les activités manuelles, artistiques, culturelles et sportives avec L.I.S.E. Academy./
allow the above mentioned child to participate in all manual, artistic and cultural pursuits with L.I.S.E Academy.

Fait à/ Signed at _____, le/ on _____ Signature

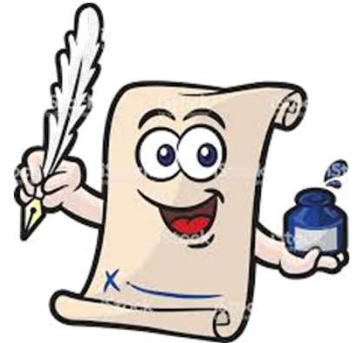
Liste des documents à fournir / Documents needed :

- | | |
|---|--|
| - Frais d'inscription de 250€ | - registration fee 250€ |
| - 3 Photos d'identité | - 3 ID photograph of the child |
| - Copie du livret de famille | - Copy of « Livret de famille » |
| - Copie du carnet de santé (vaccinations) | - Copy of the immunization record |
| - Assurance scolaire et Extra scolaire | - Health and injury insurance for School & extra School activities |
| - RIB | - RIB |



BACK TO SCHOOL 2022/2023 L.I.S.E. ACADEMY

CONTRAT D'ENGAGEMENT/ AGREEMENT DEED



En vous inscrivant à L.I.S.E. Academy, vous vous engagez pour une année scolaire.
Le tarif mensuel est calculé sur la base d'une fréquentation annuelle.
Le tarif est de 545€ pour le 1^{er} enfant, 520€ à compter du 2^{ème} enfant et suivants.

Les paiements doivent se faire entre le 1^{er} et le 05 de chaque mois.
Dans le cas contraire, une majoration de 10% sera appliquée automatiquement. (*Article 3 du règlement intérieur*)

Je soussigné (e)

Responsable légale de l'enfant

Confirme avoir lu, compris et approuvé les conditions ci-dessus.
Pour faire et valoir ce que de droit.

Signature





BACK TO SCHOOL 2022/ 2023 L.I.S.E. ACADEMY

AUTORISATION DE PRISE DE VUE ET DE DIFFUSION POUR MINEUR

A l'occasion des événements liés à la vie scolaire des élève (fêtes, interventions pédagogiques ...) votre enfant pourra être, sous réserve de cette autorisation, pris en photo et ou filmé et sa photo ou vidéo publiée dans le cadre décrit ci-dessous.

Je, soussigné(e), M. Mme parent(s) ou responsable légal
du mineur demeurant au

autorise la prise de vue, la reproduction et la diffusion de l'image du mineur prise dans le
contexte précédemment exposé.

Je déclare que la reproduction, la diffusion et l'exploitation de son image et de sa voix ne portent en aucun
cas atteinte à sa vie privée et ne lui cause aucun préjudice.

J'autorise cette diffusion à titre gracieux

Par exemple : à la télévision (par voie hertzienne, câble et/ou satellite) ; par tout autre réseau et système
numérique de transmission et/ou de télécommunication (vidéo en ligne et VOD, radio, Internet), pour une
diffusion vidéographique ou DVD ou à des fins de communication (édition, brochure, salon...) ; ces supports
pouvant être utilisés ensemble ou séparément, sous forme combinée ou isolée d'images fixes, d'images
animées, ou de sons.]

Je garantis le producteur contre tout recours ou action émanant de toute personne qui aurait des droits à
faire valoir sur la présente autorisation de diffusion pendant la durée d'exploitation

| La mère | Le père | Le responsable légal |
|---------------------|---------------------|----------------------|
| Nom, prénom : | Nom, prénom : | Nom, prénom : |
| date et signature : | date et signature : | date et signature : |

BACK TO SCHOOL 2022/2023

L.I.S.E. ACADEMY



AUTORISATION DE PRELEVEMENT

Référence Unique du Mandat (RUM) :

MANDAT de Prélèvement SEPA

En signant ce formulaire, vous autorisez L.I.S.E Academy à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et LA BRED à débiter votre compte conformément aux instructions de L.I.S.E ACADEMY.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- ❖ dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé ;
- ❖ sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé ;

| VOS NOM PRENOM & ADRESSE | NOM PRENOM DE VOTRE ENFANT |
|---|----------------------------|
| | |
| Vos Coordonnées bancaires (joindre un R.I.B) | |
| Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number) | |
| Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code) | |

| NOM & ADRESSE DU CREANCIER | NUMERO ICS DU CREANCIER |
|---|-------------------------|
| E.U.R.L L.I.S.E Academy 48, Lotissement Agat Houëlbourg-sur-Mer 97122 BAIE-MAHAULT | FR70ZZZ86329E |

| LIEU & DATE | SIGNATURE |
|-------------|-----------|
| | |

| |
|-----------|
| SDD CORE |
| RECURRENT |