



FONDATION PROVIDENCE DE RIBEAUVILLE

**Institution Sainte Clotilde**

19, rue de Verdun  
67083 STRASBOURG Cedex  
Tél. 03.88.45.57.20  
Fax 03.88.45.57.39

Photo de  
l'élève

## DEMANDE D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2014-2015

**Merci de présenter ce dossier COMPLET lors de votre entretien**

Je demande l'inscription en classe de ..... ou .....  
*Préciser la filière* *Préciser la filière*

*pour une 2<sup>nde</sup> générale veuillez préciser les enseignements d'exploration sur la feuille  
ENSEIGNEMENTS D'EXPLORATION DES CLASSES DE 2<sup>nde</sup> DU LYCEE GENERAL*

Redoublement de la classe demandée oui  non

Inscription en qualité **d'externe**  **de ½ pensionnaire**  **d'interne**

Langues vivantes souhaitées : **LV1** allemand  anglais  espagnol  autre langue  .....

**LV2** allemand  anglais  espagnol  autre langue  .....

Option facultative : atelier théâtre  audio-visuel  arts plastiques

### IDENTITE DE L'ELEVE

Nom : ..... Prénom(s) : ..... Sexe : Masculin  Féminin

Date de naissance : . . / . . / 19 . . Nationalité : .....  
jour mois année

Commune de naissance : .....  
*(pour Paris, Lyon, Marseille, préciser l'arrondissement)*

Département de naissance (numéro) ..... Pays de naissance : .....

Adresse de l'élève : .....  
Code postal ..... Ville .....

Téléphone de l'élève : . . / . . / . . / . . / . . E-mail de l'élève : ..... @ .....

Numéro **I**dentifiant **N**ational de l'**E**lève (10 chiffres + 1 lettre) : \_\_\_\_\_

#### Cadre réservé à l'administration

Rendez-vous le

Reçu par

N° dossier

Pièces manquantes :

Copie livret famille

Fiche enseignements de 2<sup>nde</sup>

Copie bulletins .....

Enveloppe(s)

Acompte 98 €

Autre document .....

# ETABLISSEMENT FREQUENTE EN 2013-2014

Public

Privé sous contrat

Privé hors contrat

Nom de l'établissement : .....

Classe : .....

Adresse : .....

Code postal : .....

Ville : .....

Boursier : oui  Nombre de parts : .....

non

## CURSUS SCOLAIRE

Année scolaire	Classe	Etablissement	Ville
2012-2013			
2011-2012			
2010-2011			
2009-2010			

Je soussigné(e), certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis ci-dessus.

A ....., le .....

Signature du père  
ou du représentant légal

Signature de la mère

Signature de l'élève

.....

.....

.....

**LE DOSSIER DOIT ETRE COMPLETE (cf. liste pièces à joindre)**

*avec au moins un numéro de téléphone valide  
et l'adresse mail d'un parent ou responsable légal de l'élève*

**Merci de nous prévenir rapidement en cas de désistement.**



## GRILLE DES PROFESSIONS

### **Agriculteur exploitant**

10. Agriculteur

### **Artisan, commerçant, chef d'entreprise**

21. Artisan

22. Commerçant

23. Chef d'entreprise de 10 salariés et plus

### **Cadre et profession intellectuelle supérieure**

31. Profession libérale

33. Cadre de la profession publique

34. Professeur et assimilé

35. Profession de l'information, de l'art et des spectacles

37. Cadre administratif et commercial d'entreprise

38. Ingénieur et cadre technique d'entreprise

### **Profession intermédiaire**

42. Instituteur et assimilé

43. Profession intermédiaire de la santé et du travail social

44. Clergé, religieux

45. Profession intermédiaire administration, fonction publique

46. Profession intermédiaire administration,  
commerce d'entreprise

47. Technicien

48. Contremaître, agent de maîtrise

### **Employé**

52. Employé et agent de service de la fonction publique

53. Policier et militaire

54. Employé administratif d'entreprise

55. Employé de commerce

56. Personnel des services directs aux particuliers

### **Ouvrier**

61. Ouvrier qualifié

66. Ouvrier non qualifié

67. Ouvrier non qualifié de type industriel

69. Ouvrier agricole

### **Retraité**

71. Ancien agriculteur exploitant

72. Ancien artisan, commerçant, chef d'entreprise

73. Ancien cadre, profession intermédiaire

### **Autre personne sans activité professionnelle**

81. Chômeur n'ayant jamais eu d'emploi

82. Personne sans activité professionnelle

99 Non renseignée



FONDATION PROVIDENCE DE RIBEAUVILLE

**Institution Sainte Clotilde**  
19, rue de Verdun  
67083 STRASBOURG Cedex  
Tél. 03.88.45.57.20  
Fax 03.88.45.57.39

## DEMANDE D'INSCRIPTION ANNEE SCOLAIRE 2014-2015

### PIECES A FOURNIR

(dossier à ramener complet le jour de l'entretien)

#### Les documents édités en langue étrangère devront être traduits

1. Demande d'inscription 2014-2015 complétée et signée **par les 2 parents**. En cas de séparation ou de divorce : signature et coordonnées du 2<sup>nd</sup> parent.
2. Photo d'identité récente de l'élève à coller sur la demande d'inscription  
(nom et prénom de l'élève au dos de la photo)
3. Copie lisible du livret de famille (parents et élève)
4. Acompte de 98 € (chèque, espèces ou carte bancaire) - encaissé uniquement en cas d'acceptation (non remboursable)
5. 2 enveloppes timbrées, libellées à l'adresse des parents ou du responsable légal
6. Copie de l'ensemble des bulletins de l'année 2012-2013
7. Copie des bulletins de l'année 2013-2014
  - Copie 1<sup>er</sup> trimestre
  - Copie 2<sup>ème</sup> trimestre à envoyer courant mars
  - Copie du bulletin du 3<sup>ème</sup> trimestre à envoyer courant juin
8. Engagement financier, inscription à la demi-pension et mandat de prélèvement SEPA
9. Autorisation de sortie signée
10. Les 2 fiches « dossier médical »
11. Règlement intérieur signé par les parents/responsable légal **et** par l'élève
12. Copie de la fiche d'évaluation en 3<sup>ème</sup> en langues (niveau A1 - A2 - B1)  
(document disponible à la fin de l'année scolaire)
13. Copie des notes obtenues à l'examen en cas de redoublement à la suite d'un échec à l'examen du BAC ou du BEP
14. Copie de l'avis de passage ou de réorientation (s'il ne figure pas sur le bulletin du 3<sup>ème</sup> trimestre)
15. Copie de la notification de bourses, pour tous les élèves nouvellement boursiers

#### Pour une inscription en 2<sup>nde</sup> générale, il faut ajouter :

16. La feuille enseignement d'exploration des classes de 2<sup>nde</sup> du lycée général et technologique

Si l'état de santé de votre enfant nécessite un traitement ou une prise en charge particulière, (1/3 temps pour les examens) merci de transmettre les informations sous pli avec la demande d'inscription. Ce pli sera transmis au service santé de l'établissement.



# FEUILLE A COMPLETER POUR UNE INSCRIPTION EN 2<sup>nd</sup>e GENERALE ET TECHNOLOGIQUE

Année Scolaire 2014/2015

## ENSEIGNEMENTS D'EXPLORATION DES CLASSES DE 2<sup>nd</sup>e DU LYCEE GENERAL ET TECHNOLOGIQUE

Les élèves de 2<sup>nd</sup>e doivent suivre 2 enseignements d'exploration.

Nom de l'élève :

Prénom de l'élève :

### **1<sup>er</sup> ENSEIGNEMENT D'EXPLORATION :**

**Choisir un enseignement**

Sciences Economiques et Sociales (SES)

Principes Fondamentaux de l'Economie et de la gestion (PFEG)

+

### **2<sup>ème</sup> ENSEIGNEMENT D'EXPLORATION**

**Choisir obligatoirement 2 enseignements et numéroter par ordre de préférence**

	Préférence
Littérature et société	<input type="checkbox"/> ____
Santé et Social	<input type="checkbox"/> ____
Sciences et laboratoire	<input type="checkbox"/> ____
Méthodes et pratiques scientifiques	<input type="checkbox"/> ____

Fait à ..... le .....

Signature du père  
ou du représentant légal

Signature de la mère

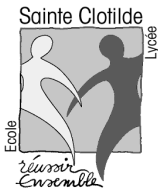
Signature de l'élève

.....

.....

.....

En fonction des demandes, nous ferons notre possible pour respecter le choix de l'élève pour le deuxième enseignement d'exploration.



**ENGAGEMENT FINANCIER POUR L'ANNÉE SCOLAIRE 2014/2015**

Je, soussigné(e) .....  
(NOM et Prénom du responsable payeur de l'élève)

Adresse .....

Code Postal ..... Commune .....

Tél. domicile ..... Professionnel ..... Portable .....

NOM et Prénom de l'élève .....

Classe et section pour l'année scolaire 2014/2015 .....

Régime : Externe  Demi-pensionnaire  Interne

m'engage à régler les frais suivants :

FRAIS		€uros
Contribution des Parents		€uros
Frais Annexes		€uros
Demi-pension 4 repas/semaine (1)		€uros
Demi-pension 5 repas/semaine (1)		€uros
Internat : hébergement + restauration		€uros
<b>TOTAL pour l'année scolaire</b>		€uros
Acompte versé à l'inscription ou à la réinscription (2)	<b>98,00</b>	<b>€uros</b>
<b>Solde restant à régler</b>		€uros

Réservé au service  
administratif

---

Ac. / CHQ / ESP /  
CB

N°

Date

Montant

---

**FA**

par prélèvement mensuel du 2 octobre 2014 au 2 mai 2015.

Je joins l'autorisation de prélèvement, **MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA dûment complété et signé**, ainsi qu'un relevé d'identité bancaire **IBAN** (identifiant international de compte bancaire).

OBSERVATIONS EVENTUELLES :

Je déclare avoir pris connaissance du règlement financier 2014/2015, auquel j'accepte de me conformer.

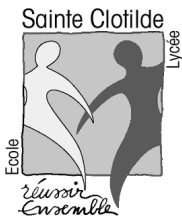
Fait à ....., le .....

Signature du responsable payeur  
de l'élève :

Signature du Chef d'établissement :

(1) Joindre l'inscription à la demi-pension dûment complétée et signée.

(2) L'acompte est exigible lors de la confirmation de l'inscription ou de la réinscription. En cas de désistement de la famille, l'acompte sera conservé intégralement à titre d'indemnité compensatrice par l'établissement.



FONDATION PROVIDENCE DE RIBEAUVILLÉ  
INSTITUTION SAINTE-CLOTILDE  
19, rue de Verdun  
67083 STRASBOURG Cedex  
Tél : 03 88 45 57 20 - Fax : 03 88 45 57 39

## INSCRIPTION À LA DEMI-PENSION DU LYCÉE ANNÉE SCOLAIRE 2014/2015

Je, soussigné(e) .....  
(NOM et Prénom du responsable payeur de l'élève)

Parent / Tuteur (1) de l'élève .....  
(NOM et Prénom de l'élève)

en classe de .....

**durant l'année scolaire 2014/2015**

☞ sollicite son inscription à la demi-pension.

4 repas/semaine ou 5 repas/semaine (1)

Veuillez cocher les jours concernés :

Lundi

Mardi

Mercredi

Jeudi

Vendredi

☞ déclare avoir pris connaissance que cette inscription vaut engagement pour **toute l'année scolaire.** (2)

Fait à....., le.....

Signature :

(1) Rayer la mention inutile.

(2) En cas de changement de régime justifié, au-delà du 20 septembre, un coût de modification de 50,00 €uros vous sera facturé.





En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la Fondation Providence de Ribeauvillé - Institution Sainte Clotilde à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Fondation Providence de Ribeauvillé - Institution Sainte Clotilde. 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.

**Veillez compléter les champs marqués d'une \***

**Votre Nom \*** .....  
Nom/Prénoms du débiteur

**Votre adresse \*** .....  
Numéro et nom de la rue  
.....  
Code Postal      Ville

**Les coordonnées de votre compte \*** .....  
Pays  
.....  
Numéro d'identification international du compte bancaire - IBAN (International Bank Account Number)  
.....  
Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

**Nom du créancier**      **Fondation Providence de Ribeauvillé - Institution Sainte Clotilde**

**I. C. S.**      **F R 2 7 C L O 5 9 5 9 7 7**  
Identifiant Créancier SEPA

**Adresse du créancier**      **19 rue de Verdun**  
**6 7 0 8 3**      **STRASBOURG Cedex**  
**FRANCE**

**Type de paiement \***      Paiement récurrent/répétitif       Paiement ponctuel   
**Signé à \***      .....      le      .....  
Lieu      Date

**Signature(s) \***      Veuillez signer ici :  
.....

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

**Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif**

**Code identifiant du débiteur** .....  
Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

**Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même)** .....  
Nom du tiers débiteur : si votre paiement concerne un accord passé entre la Fondation Providence de Ribeauvillé - Institution Sainte Clotilde et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer son nom.  
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.  
.....  
Code identifiant du tiers débiteur

**Tiers créancier** .....  
Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers  
.....  
Code identifiant du tiers créancier

**Contrat concerné** .....  
Numéro d'identification du contrat  
.....  
Description du contrat

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.



**AUTORISATION DE SORTIE**  
**Année scolaire 2014-2015**

Je soussigné(e) ..... (père, mère \*)  
autorise l'enfant .....  
Classe .....

- à participer à toutes les sorties organisées par l'Etablissement.  
Elle, il (\*) pourra s'y rendre par ses propres moyens

**SIGNATURE :**

- à quitter l'Etablissement en cas d'absence de professeurs et pendant les heures creuses.

**SIGNATURE :**

**ATTENTION : CETTE AUTORISATION NE CONCERNE PAS LES ELEVES INTERNES**

SIGNATURE TEMOIN

Je soussigné(e) ..... Père, Mère (\*) de  
..... Classe.....

Signature du Père	Signature de la Mère

(\*) rayer la mention inutile.

Fiche strictement confidentielle destinée au service de santé de l'Etablissement.  
A remettre sous pli fermé à l'accueil à l'attention de l'infirmière.

**ELEVE**

N° de Sécurité Sociale de l'élève (si connu) : / / / / / /

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Nombre de frères et soeurs (élèves compris) : \_\_\_\_\_

Classe :  Régime :  INTERNE  1/2 PENSIONNAIRE  EXTERNE  
(Cochez la case vous concernant)

Dernier Etablissement fréquenté : \_\_\_\_\_

**PERE ou TUTEUR**

(1) N° de Sécurité Sociale : 1 / / / / / /

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Privé : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_ Lieu de travail : \_\_\_\_\_ Prof. : \_\_\_\_\_

Nom d'un voisin proche : \_\_\_\_\_ du voisin : \_\_\_\_\_

Adresse du voisin : \_\_\_\_\_

**MÈRE**

N° de Sécurité Sociale : 2 / / / / / /

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Privé : \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_ Lieu de travail : \_\_\_\_\_ Prof. : \_\_\_\_\_

**SANTÉ DE L'ÉLÈVE**

NOM du médecin de famille : Dr. \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**POUR LES INTERNES UNIQUEMENT**① **Pour tous les internes** : Veuillez joindre la photocopie de L'ATTESTATION D'ASSURE SOCIAL (agrafée)

② NOM et adresse du correspondant : \_\_\_\_\_

③ **Uniquement pour les Nouveaux Internes** : **CERTIFICAT MEDICAL**

Je soussigné, Docteur en médecine, \_\_\_\_\_

Certifie que l'élève \_\_\_\_\_ né (e) le \_\_\_\_\_

- n'est atteint(e) d'aucune maladie contagieuse, ni d'aucune affection ou infirmité empêchant une scolarité normale
- est apte à être admis à l'internat

Observations particulières : - \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

(cachet et signature)

## VACCINATIONS

Veillez joindre une photocopie des vaccins du carnet de santé (merci de l'agrafer à cette fiche)

### RENSEIGNEMENTS A COMMUNIQUER DANS L'INTERET DE L'ELEVE :

L'élève a-t-il (a-t-elle) été : souvent malade  gravement malade  gravement accidenté

L'élève est-il (est-elle) ou a été suivi(e) pour : dyslexie  dyscalculie  dysorthographe  dyspraxie

Maladies de l'élève :

- Affection cardiaque
- Troubles de la coagulation
- Diabète
- Insuffisance rénale
- Epilepsie
- Autres problèmes de santé  Lesquels \_\_\_\_\_
- Allergie :
  - Asthme
  - Médicaments  Lesquels \_\_\_\_\_
  - Alimentaire  Lesquelles \_\_\_\_\_
  - Autres  Lesquels \_\_\_\_\_

Pour cette maladie l'élève suit-il :

Un traitement tous les jours      oui       non

Lequel \_\_\_\_\_

Un traitement en cas d'urgence      oui       non

Lequel \_\_\_\_\_

**Joindre l'ordonnance du médecin et/ou la conduite à tenir.**

**AUCUN MEDICAMENT NE POURRA ETRE DONNE EN CAS D'URGENCE SANS ORDONNANCE**

**Il est rappelé aux internes que tout médicament devra être remis avec l'ordonnance à l'infirmière qui en aura la garde et l'administrera elle-même à l'élève.**

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature



# INFOS ADMINISTRATIVES 2014-2015

## Bourse nationale des lycées

CAMPAGNE OUVERTE DE MI-JANVIER À MI-AVRIL 2014

- **Votre enfant est actuellement boursier au lycée :**

Le transfert de la bourse se fait automatiquement. Une vérification de ressources sera demandée à la rentrée de septembre.

- **Votre enfant est actuellement boursier au collège :**

Faire la demande de bourse à partir de mi-janvier auprès du secrétariat du collège.

- **Votre enfant n'est actuellement pas boursier :**

Faire la demande de bourse auprès du secrétariat de l'établissement actuel de l'élève.

---

### Fonds social

Documents à récupérer à l'accueil après la rentrée. A rendre impérativement avant la date indiquée.

---

### Changement de régime

Le choix du régime de demi-pension engage l'élève pour l'année scolaire. Le choix des jours de demi-pension se fait dès que l'élève a son emploi du temps. Une modification est possible **jusqu'au 20 septembre 2014** en adressant un courrier au service de la comptabilité.

- Attention : en cas de changement de régime justifié au-delà du 20 septembre, un **coût de modification de 50€** sera facturé.

---

### Certificats scolaires 2014-2015

3 certificats seront distribués par le professeur principal de l'élève à partir de mi-septembre 2014.  
Les parents doivent en faire des photocopies.

Attention : aucun certificat scolaire ne peut être délivré avant la rentrée de septembre.

# AIDE POUR LE TRANSPORT SCOLAIRE 2014-2015

## Train + bus/tram

- **Elève résidant dans la CUS**

Il doit se renseigner directement auprès de la CTS pour avoir un abonnement  
Possibilité de réduction en fonction du quotient familial (calcul effectué par la Caf)

- **Elève résidant hors-CUS**

### *1. Elève externe ou demi-pensionnaire*

Il peut prétendre à une aide pour le transport via le CONSEIL GENERAL sous certaines conditions.  
Quand faire la demande : à partir du mois de mai pour avoir une carte pour septembre.

#### **DEPUIS 2013 :**

- Plus d'exonération pour les jeunes de moins de 16 ans.
- Participation annuelle de 90€ pour les élèves qui prennent uniquement les lignes scolaires et 135€ dans les autres cas.
- Carte gratuite pour les parents bénéficiant du RSA et habitant hors-CUS (sur justificatif).
- Possibilité d'avoir 2 cartes si l'élève est en garde alternée et que les 2 parents habitent hors-CUS (sur justificatif), la famille devra compléter 2 formulaires mais n'aura à régler qu'un seul abonnement.

#### ➤ **Si l'élève prend uniquement le tram ou le réseau 67 :**

Si l'élève a bénéficié du transport scolaire 2013-2014, un code d'accès vous sera envoyé par courrier courant mai 2014. Vous pourrez faire une demande de renouvellement sur le site [www.bas-rhin.fr](http://www.bas-rhin.fr), le formulaire sera pré-rempli avec les coordonnées de l'année en cours.

Si vous n'avez pas de carte, vous pouvez également vous inscrire sur le site. Un code d'accès personnel vous sera donné à l'issue de votre demande.

Grâce à votre code, vous pourrez suivre l'état d'avancement de votre demande et vérifier si la délivrance de votre abonnement est en cours.

#### ➤ **Si l'élève prend le Train + un autre mode de transport :**

Les formulaires sont à retirer à partir de début mai au secrétariat du Lycée Sainte Clotilde.  
Ils doivent être retournés complets et signés avant fin juin.

### *2. Elève interne*

Le Conseil général prend en charge le transport SNCF. La carte de bus reste à la charge de la famille.  
Formulaire pour le train à récupérer à partir de début mai au secrétariat du Lycée Sainte Clotilde.  
Document à rendre avant fin juin.

**Vous souhaitez plus d'informations ?**  
**Vous pouvez adresser un mail à Mme Boucheret, secrétariat des élèves - bureau 102bis**  
**à l'adresse [info@clotilde.org](mailto:info@clotilde.org)**