



American International School of Brazzaville

Local Address: CASE D 24 a Rue des Ecoles; P.O BOX: 1780; Baongo; Brazzaville, Republic of the CONGO

Telephone: +(242) 06-868-08-04, +(242) 05-786-35-39; Website: www.aisbrazza.org

Emails: info@aisbrazza.org | bmanager@aisbrazza.org | counselor@aisbrazza.org | director@aisbrazza.org

FOR OFFICE USE ONLY

Date Received _____ Accepted for Grade _____ Denied Admission _____

Reviewed By (Initials) _____ Date to Start School _____

FORMULAIRE D'INSCRIPTION 2024-2025

Avec cette application, vous devez présenter:

- Les bulletins de notes de l'élève pour les deux dernières années, en anglais
- Les tests d'éducation spéciale et ou un plan d'enseignement individualisé (PEI) si possible
- Formulaire d'évaluation de l'élève rempli par son enseignant ;
- Copie du passeport de l'élève ou certificat de naissance
- Une copie du carnet de vaccination de votre enfant
- Frais d'inscription de 650 USD

Classe/Niveau de l'Elève _____

Avez-vous l'intention d'acheter le déjeuner pour votre enfant pour un montant supplémentaire ? Oui Non

L'Elève _____
Nom de Famille Prénoms Surnoms

Date de Naissance _____ Féminin Masculin
Mois (écrire le mois en lettres) Jour Année

Nationalité de L'Elève _____ Nationalité de L'Elève _____

Première Langue de l'Elève _____ Autres Langues Parlées _____

Est-ce que votre enfant parle l'Anglais? _____ Quel Niveau? Débutant Intermédiaire Courant

Père: Nationalité _____ 1ere Langu _____ Parlez Anglais? Oui Non

Mère: Nationalité _____ 1ere Langu _____ Parlez Anglais? Oui Non

Votre enfant fréquenté une école ayant l'anglais comme langue d'enseignement? Oui Non

S'IL VOUS PLAÎT : CITER LES ÉCOLES QUE VOTRE ENFANT A FRÉQUENTÉES PRÉCÉDEMMENT

Noms de l'école	Ville/Pays	Années d'études	Niveaux d'études	Langue d'enseignement

COORDONNEES DES PARENTS ET / OU TUTEURS

Noms du Père/Tuteur _____

Adresse du Domicile (inclus le numéro et nom de la rue) _____

Numéro du Domicile _____ Numéro Cellulaire _____

E-mail Adresse _____

Ville et Pays de résidence actuelle _____

Nom & Adresse de l'Employeur or Business au Congo _____

Telephone du Bureau _____

Noms de Mère ou Tutrice _____

Adresse du Domicile (inclus le numéro et nom de la rue) _____

Numéro du Domicile _____ Numéro Cellulaire _____

E-mail Adresse _____

Ville et Pays de résidence actuelle _____

Nom & Adresse de l'Employeur or Business au Congo _____

Telephone du Bureau _____

INFORMATION SUR L'ELEVE

1. Quels talents particuliers ou loisirs votre enfant possède/aime? _____

2. Est-ce que votre enfant a jamais suivi une évaluation psychologique? Oui Non Si oui - joignez le rapport

3. Votre enfant a-t-il été diagnostiqué pour problème lié à l'instruction? Oui Non

4. Votre enfant a jamais été dans un support supplémentaire ou des besoins spéciaux? Oui Non

5. Votre enfant a-t-il un enfant à un handicap physique? Oui Non

Expliquer _____

6. Votre enfant a-t-il été suspendu, expulsé ou autrement retiré d'une autre école pour problèmes de comportement?

Oui Non Expliquer _____

Votre enfant a déjà doublé une année? oui Quelle classe? _____ Non

Why _____

DÉCLARATION D'ASSURANCE MÉDICALE

Elèves d'AISB sont couverts par une compagnie d'assurance locale pour des blessures qui se produisent à l'école pendant les heures scolaires ou lors des voyages scolaires. En cas de blessure, les parents recevront un formulaire de réclamation d'assurance. S'il vous plaît assurez-vous de conserver tous les reçus nécessaires pour le remboursement. Cependant, l'assurance locale est minimale en cas de blessures graves, en particulier dans le cas d'une évacuation sanitaire vers l'Europe ou les États-Unis, nous recommandons vivement aux parents de donner à leurs enfants l'assurance d'évacuation pour les cas de maladie grave, de blessure ou d'évacuation d'urgence. L'assurance médicale et l'assurance d'évacuation sont souvent fournies par

J'ai lu la déclaration d'assurance ci-dessus

Signature du Parent

Date

Signature du Parent

Date

Notre enfant est couvert par le régime d'assurance médicale de la famille avec la société suivante (écrire «aucun» si l'enfant n'est pas couvert par un régime d'assurance)

Nom de la compagnie d'assurance _____

Numéro de Téléphone _____

Nom de l'employé Couvert _____

Numéro de l'employé _____ Numéro du régime _____

FRAIS DE SCOLARITÉ

SCOLARITE SERA PAYEE PAR (cochez une mention)

Famille

Employeur

SIGNATURES

Je soussigne Mr/Mme, _____ soumet cette application pour inscrire mon fils / ma fille a
L' American International School of Brazzaville, debutant au _____ Jour _____ Mois _____ Année .En plus,

- Je comprends que la présente application ne garantie pas l'inscription.
- Si mon enfant est accepté, j'accepte de payer ses frais de scolarité avant le premier jour de sa rentrée.
- Je comprends que je suis tenu de donner une notice écrite de 30 jours avant le départ de mon enfant de l'école AISB afin de bénéficier d'un remboursement des frais de scolarité.
- I confirme que toutes les informations fournies sur ce formulaire sont correctes et véridiques

Signature du père _____

Signature de la mère _____

Date _____