



## 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 2023-2024

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'ÉLÈVE

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 \_\_\_\_\_