

BULLETIN D'ADHESION / REGISTRATION FORM
ASSURANCE SCOLAIRE INTERNATIONALE* – ELEVE
***ECOLE FRANCAISE DE L'ETRANGER**
APL LYCEE FRANÇAIS CHARLES DE GAULLE

PARENT SOUSCRIPTEUR / PARENT UNDERWRITER:

NOM / LAST NAME:

PRENOM / FIRST NAME:

ADRESSE / ADDRESS :

VILLE / CITY :

PAYS / COUNTRY :

ADRESSE EMAIL / EMAIL ADDRESS :

DATE DE NAISSANCE / BIRTHDATE :

SEXE / GENDER :

NATIONALITE / NATIONALITY :

ENFANTS BENEFICIAIRES / INSURED CHILDREN :

NOM ETABLISSEMENT SCOLAIRE / SCHOOL NAME :

ANNEE SCOLAIRE / SCHOOL YEAR : DU / FROM:..... AU / TO:.....

NOM ET PRENOM/*SURNAME & FIRST NAME* : _____ Date de naissance/*DOB* : _____ classe / *school level* : _____

.....

.....

.....

Je demande à adhérer au contrat d'assurance scolaire pour mes enfants :

I would like to take out a school insurance policy for my children

NOMBRE ENFANTS / NUMBER OF CHILDREN:

TARIFS / PREMIUM:

UN ENFANT / ONE CHILD: £15 soit 17,65 €

£25 DEUX ENFANTS / TWO CHILDREN: £25 soit 29,42 €

£30 TROIS ENFANTS ET PLUS / THREE OR MORE CHILDREN: £30 soit 35,31 €

DATE D'EFFET SOUHAITEE DE LA SOUSCRIPTION/ EFFECTIVE DATE OF THE SUBSCRIPTION :

COTISATION / CONTRIBUTION:.....€

TOTAL A REGLER / TOTAL TO BE PAID: €

Les conventions spéciales du contrat vous seront transmises après validation du contrat et sur demande.

DATE ET SIGNATURE DU PARENT SOUSCRIPTEUR / Signature and date :

