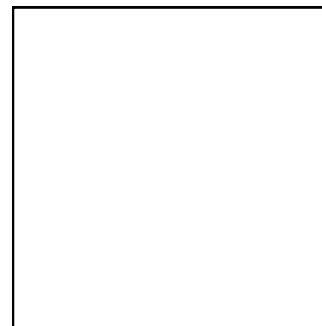




# Institut Aurora

45, Avenue des Forces Armées (Ex Haut Commandement)  
Commune de la Gombe, Kinshasa  
République Démocratique du Congo



## Formulaire d'Inscription

Date d'inscription:                    Classe: \_\_\_\_\_

Prénom:

Nom:

Post-nom:

Date de naissance:               Lieu de naissance: \_\_\_\_\_

Nationalité: \_\_\_\_\_ Sexe:  G  F

Adresse du domicile:

Adresse email:

Nom du père/Tuteur:

Récupère l'enfant après les cours Oui  ou Non

Tél. du père: + 243

Nom de la mère:

Récupère l'enfant après les cours Oui  ou Non

Tél. de la mère: + 243

Nom & Adresse de l'Employeur: \_\_\_\_\_

Au cas où les personnes susmentionnées ne sont pas joignables prière de contacter:

Nom:

Récupère l'enfant après les cours Oui  ou Non

Tél. du contact: + 243

Relation avec l'enfant: \_\_\_\_\_

Nom du médecin:

Tél. du médecin: + 243

Si nous ne sommes pas joignables, j'autorise l'Institut Aurora en cas d'urgence à amener mon  
Enfant à l'hôpital susmentionné et je m'engage à m'acquitter des frais d'urgence.

Hôpital: \_\_\_\_\_

Nom du contact:

Tél. du contact: +243

Renseignements médicaux importants concernant mon enfant:

**Protocole de paiement des frais scolaires**

1. Les frais trimestriels ne sont, en aucun cas, remboursables.
2. Le paiement de la totalité de frais est exigé même pour un enfant qui s'inscrit au milieu du trimestre.
3. Une indemnité de 5% sera chargée sur tout paiement de 2 semaines de retard.

Je souscris aux termes susmentionnés pour le paiement des frais.

Nom du parent:

Date:

Signature du parent:

.....

**Réservé à l'école**

Mois		Copie passeport	<u>Accepté</u>	<u>Oui</u>		<u>Nom</u>
1 trim		Copies bulletins	<u>Nom</u>			
2 trim		Résultat examen	<u>Date</u>			
3 trim		Attestation de scolarité	<u>Signature</u>			
Année		Carte de vaccination				