

BULLETIN D'ADHESION / REGISTRATION FORM
ASSURANCE SCOLAIRE INTERNATIONALE* – ELEVE
***ECOLES FRANCAISES DE L'ETRANGER**
CIPL LYCEE FRANÇAIS CHARLES DE GAULLE
CONTRAT GSL ADP20161009

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: €

☐ Je certifie avoir pris connaissance des conventions spéciales du contrat, disponibles sur www.geodesk.fr

DATE ET SIGNATURE DU PARENT SOUSCRIPTEUR / Signature and date :

