

**LISTE DES DOCUMENTS A RENVOYER SANS EXCEPTION
AU SERVICE SOCIAL DE L'ESIEE
BP 99 – 93162 NOISY LE GRAND CEDEX
AVANT LE 22 AOUT 2011**

Vous êtes Mastériens (ITMP – ISTE – IMN)

Vous devez apporter le jour de votre rentrée les documents suivants :

- Fiche médicale
- Déclaration de sécurité sociale étudiante et le chèque de cotisation (si vous avez – de 28ans)
- Une photocopie de votre attestation de carte vitale en cours de validité (si vous avez + de 28 ans ou si vous êtes salarié(e))
- Photocopie du passeport et du titre de séjour en cours de validité (admis étranger hors UE)
- Attestation d'assurance
- Demande de prélèvement automatique (si vous optez pour)
- Fiche Bibliothèque et chèque de garantie
- Association des anciens

**TARIF SÉCURITÉ SOCIALE ÉTUDIANTE
POUR L'ANNÉE SCOLAIRE
2011-2012**

203 Euros

**Établir le chèque bancaire à l'ordre de la :
CHAMBRE DE COMMERCE ET D'INDUSTRIE DE PARIS**

FICHE MEDICALE

ANNEE 2011 / 2012

obligatoire dans les Ecoles de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris

Fiche strictement confidentielle à mettre sous plis au nom du Service Médical

Nom : Prénoms :

Date de naissance : Classe :

Adresse :

..... ☎ :

1. Maladies importantes à signaler au médecin scolaire (joindre certificat médical)* : (vous pouvez indiquer ci-après d'autres renseignements que vous jugez importants et qui pourront être pris en compte au cours de votre scolarité (*problème financier, parents expatriés, etc..*))

.....
.....
.....

2. Vaccinations (joindre une photocopie des pages vaccination du carnet de santé):

BCG : Date de la ou des vaccinations :/...../.....
Test tuberculique : Date du dernier test Résultat :
Diptérie - Tétanos - Polio : Date du dernier rappel :
ROR (Rougeole, Oreillons, Rubéole) (facultatif) : Date du dernier rappel :
Hépatite B (facultatif) Dates :

3. Allergies *:

4. Coordonnées du médecin traitant :
.....
.....

5. Personne à prévenir en cas d'urgence :

Nom : Prénom :

Téléphone : Portable :

Adresse :

6. Mesures médicales d'urgences pour mineurs :

Je soussigné(e) :, agissant en qualité de¹ père, mère, tuteur, tutrice de l'étudiant(e) précédemment cité(e) déclare autoriser le Directeur de l'établissement dont fait partie l'étudiant(e) à prendre, sur avis médical, en cas de maladie ou d'accident toutes mesures d'urgences médicales, anesthésiologiques et chirurgicales, ainsi que la décision d'hospitalisation.

A le Signature

S'il n'y a aucun changement par rapport à la fiche de l'année précédente, cochez la case suivante :

PAS DE CHANGEMENT

Suivant l'article 27 relatif à la loi du 6 janvier 1978 « informatique et libertés », vous pouvez accéder à ces données en vous adressant au service médico-social de l'ESIEE.

1 - Rayer les mentions inutiles

* L'établissement ne pourra être tenu responsable en cas d'incident relatif à une maladie ou allergie non indiquée sur cette fiche.

ATTESTATION
TO WHOM IT MAY CONCERN :

Je soussigné(e) / I, the undersigned,

Nom / Family name Prénom / First name

École / School Classe/class

Atteste sur l'honneur avoir souscrit* / certify on my honor to have insurance cover :

(*: cocher une case / check a box)

Soit/either

- le contrat d'assurance "Élèves" négocié par la CCIP / student insurance policy provided by CCIP (consulter le site/go to www.assistance-etudiants.com, rubrique/under heading Espace Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris, code d'accès/access code « **cciparis** »),

Ou/or

- Un contrat couvrant les 4 garanties suivantes / an insurance policy covering the 4 following risks

- ➔ un contrat d'assurance couvrant les garanties / an insurance policy covering the following risks : **Responsabilité Civile / Civil liability**

Nom de la société d'assurance et n° de contrat / name of insurance company :

- ➔ un contrat d'assurance couvrant les garanties / an insurance policy covering the following risks : **Individuelle Accidents / Individual accident**

Nom de la société d'assurance et n° de contrat / name of insurance company and policy No :

- ➔ un contrat d'assurance couvrant les garanties / an insurance policy which covering the following risks : **Assistance-Rapatriement / Assistance-Repatriation**

Nom de la société d'assurance et n° de contrat / name of insurance company and policy No :

- ➔ un contrat d'assurance couvrant les garanties */ an insurance policy covering the following risks* : **Frais médicaux à l'étranger / Medical expenses abroad**

Nom de la société d'assurance et n° de contrat / name of insurance company and policy No :

Je m'engage à rester assuré (e) pendant toute la durée de ma scolarité / I hereby understand and agree that I must remain insured for the above liabilities throughout my schooling.

À / at , Le / date

Signature :

Pour les mineurs, la signature des parents ou du tuteur légal est obligatoire.
Parents or legal guardians must sign for minors students under the age of 18.

*** GARANTIES :**

- **Responsabilité civile générale** (conséquences financières de la responsabilité qui peut incomber du fait des dommages corporels, matériels et immatériels causés accidentellement à un tiers)
- **Individuelle accidents** (indemnité invalidité permanente ou capital décès)
- **Assistance** (transport, rapatriement au domicile, assistance juridique à l'étranger)
- **Frais médicaux à l'étranger** (accidents et maladies)

*** Risks :**

- **Civil Liability insurance** covers the financial consequences of public liability that you may incur in respect to physical injury, and/or material loss and immaterial losses caused accidentally to any person.
- **Individual accident insurance** covers disability coverage and accidental death.
- **Assistance-Repatriation insurance** covers you for any transportation costs for repatriation and legal assistance abroad.
- **Medical expenses abroad** (sickness and accident)

DEMANDE DE PRELEVEMENT **ESIEE PARIS**

La présente demande est valable jusqu'à annulation de ma part à notifier en temps voulu au créancier

Je soussigné(e) : désire opter pour le paiement par
prélèvements automatiques mensuels des frais de scolarité pour l'année 2011 / 2012,
de l'étudiant :, classe :

En cas de démission, toute période commencée est due en totalité.

En cas de rejet de prélèvement, les frais seront à ma charge.

Je déclare avoir pris connaissance et accepte dans sa totalité les modalités de ce paiement.

Date et Signature :

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

COMPTE A DEBITER

Codes		N° de compte	Clé R.I.B.
etablis ^t	Guichet		
I I I I	I I I I	I I I I I I I I I I	I

NOM ET ADRESSE DU CREANCIER

CCIP E.S.I.E.E.
Cité Descartes
2, Boulevard Blaise Pascal
B.P. 99
93162 NOISY LE GRAND CEDEX

Date : **signature :**

JOINDRE UN RIB
(Si différent de l'année précédente.)

Les informations contenues dans la présente demande ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à exercice du droit individuel d'accès auprès du créancier à l'adresse ci-dessus, dans les conditions prévues par la délibération n°80-10 du 1/4/80 de la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés.



AUTORISATION DE PRELEVEMENT **Pour la BANQUE**

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur de mon compte. Je réglerais le différend directement avec le créancier.

N° NATIONAL D'EMETTEUR

102687

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU DEBITEUR

NOM, PRENOMS ET ADRESSE DU CREANCIER

CCIP E.S.I.E.E.
Cité Descartes
2, Boulevard Blaise Pascal
B.P. 99
93162 NOISY LE GRAND CEDEX

COMPTE A DEBITER

Codes		N° de compte	Clé R.I.B.
etablis ^t	Guichet		
I I I I	I I I I	I I I I I I I I I I	I

NOM ET ADRESSE POSTALE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU Cte A DEBITER

Date : **signature :**



AUTORISATION DE COMMUNICATION DES COORDONNÉES PERSONNELLES A VOTRE ASSOCIATION D'ANCIENS ÉLÈVES

A l'attention des auditeurs en Mastères Spécialisés

L'AA-ESIEE (Association des Anciens Elèves de l'ESIEE) s'implique dans l'insertion professionnelle des étudiants de l'ESIEE, en relation avec les écoles (ESIEE-Paris, ESIEE-Amiens, ESTE).

Pour qu'elle puisse vous être utile, l'AA-ESIEE a besoin de connaître vos coordonnées.

- J'autorise pas la Direction de l'ESIEE à communiquer mes coordonnées postales ou téléphoniques à l'AA-ESIEE

- Je **n'**autorise **pas** la Direction de l'ESIEE à communiquer mes coordonnées postales ou téléphoniques à l'AA-ESIEE

Que ce soit au niveau de sa base de données ou de son site Web, l'AA-ESIEE a établi une charte éthique et a déposé les dossiers correspondants auprès de la CNIL. Il vous est possible, à tout moment, d'accéder à vos coordonnées pour les modifier ou en restreindre l'accès.

En vous remerciant par avance de votre confiance, les membres du Bureau de l'AA-ESIEE s'engagent à vous faire bénéficier de ses services et du réseau des Anciens pour vous aider dans votre recherche d'emploi.

Date :

Signature :

.....

Votre nom :

Le cas échéant, votre nom marital :

Votre prénom :

Vos coordonnées postales :

.....

.....