



MATRÍCULA EXTRAORDINARIA CURSO 2023/2024

DEL 26 DE JUNIO AL 29 DE JULIO de 2023 (ambos inclusive)

LA MATRÍCULA ESTÁ DESTINADA A TODOS LOS:

- Alumnos admitidos durante el proceso de admisión extraordinario.

MODALIDADES DE PRESENTACIÓN:

- Dada la situación actual, solo se podrán presentar las **solicitudes** por el **FORMA** creado para tal menester y en caso de problema pueden ponerse en contacto a través del siguiente correo electrónico admision2023@cefglparis.com.
- Se deberá adjuntar toda la documentación en PDF, excepto la fotografía.

DOCUMENTOS QUE PRESENTAR:

AVISO IMPORTANTE: todos los documentos deben estar firmados por **AMBOS PROGENITORES O TUTORES LEGALES**.

1. **Solicitud de matriculación (FORMA)**, debidamente cumplimentada.
2. **Fotografía digital JPG o PNG ancho de 96px y un alto de 96px 10MB** con nombre y apellidos del alumno/a.
3. **Justificante de transferencia** de las cuotas que correspondan. En concepto deberán aparecer los siguientes datos:
Matrícula+nombre y apellido del alumno+curso. (Ejemplo: Matrícula Antonio XXX 4º Primaria)
4. **Formulario de autorizaciones y elección de la asignatura optativa**, debidamente cumplimentado y firmado por los dos padres o tutores legales del menor.
5. **Formulario de asistencia sanitaria en español**.
6. **Formulario de asistencia sanitaria en francés** (*fiche sanitaire de liaison*).
7. **Certificado de vacunaciones o carné de salud** donde se indiquen las vacunas administradas, con sus correspondientes fechas.
8. **Certificado de firmas**, firmado de forma manuscrita por ambos tutores legales.

Cualquier situación especial a efectos de comunicaciones y notificaciones, como las relativas a la custodia y patria potestad, deberá acreditarse documentalmente en el momento de la matrícula.

Todo lo relativo al APACEP (Asociación de madres y padres del centro) se tramitará a través del siguiente enlace https://www.apacep.org/?page_id=457

MUY IMPORTANTE: Le recordamos que la matriculación solo será efectiva si se cumplen estos dos requisitos:

1. **Entrega de toda la documentación (con la firma de todos tutores legales).**
2. **Abono de las cuotas correspondientes. La cuota obligatoria por actividades complementarias asciende a 421€ (pago obligatorio para todo el alumnado) y la cuota para alumnado no extranjero a 2040€ “Las Ordenes Ministeriales para el próximo curso aún no están publicadas y, en caso de que finalmente no coincidan, se devolverá/reclamará la diferencia”**
En caso contrario, no se validará.



NÚMEROS DE CUENTAS BANCARIAS DEL COLEGIO

El número de cuenta del colegio para hacer el abono de la **cuota general** enseñanzas y actividades de carácter complementario, aplicable a **todo el alumnado**, es el siguiente:

BIC: CMCIFRPP
IBAN : FR76 3006 6110 1200 0243 9070 508
Titulaire du compte : COLEGIO FEDERICO GARCÍA LORCA
53 RUE DE LA POMPE
75116 PARIS

Domiciliation : CIC IBB LA POMPE

El número de cuenta del colegio para hacer el abono de los **precios públicos** por prestación del servicio de enseñanza para **alumnado de nacionalidad no española** es el siguiente:

Code Banque : 30066
Code Guichet : 11012
Numéro de Compte : 00035451901
Clé RIB : 23
IBAN : FR76 3006 6110 1200 0354 5190 123
BIC (Bank Identification Code) : CMCI FR PP
Titulaire du compte : COLEGIO FEDERICO GARCÍA LORCA
53 RUE DE LA POMPE



FORMULARIO DE AUTORIZACIONES Y ELECCIÓN DE LA ASIGNATURA OPTATIVA **CURSO 2023/2024**

D./D^a (Primer progenitor): _____

D./ D^a (Segundo progenitor): _____

Alumno/a: _____

Clase: _____

- DECLARAMOS QUE CONOCEMOS, HEMOS LEÍDO Y ACEPTAMOS el Reglamento de Régimen Interior del Colegio Español «Federico García Lorca» y que asumimos la obligatoriedad de su cumplimiento.
- AUTORIZAMOS la difusión pública en medios educativos (revistas, web y redes sociales del centro, agenda escolar...) de las imágenes de nuestro/a hijo/a relacionadas con actividades del Colegio Español «Federico García Lorca» de París:

SÍ NO

- AUTORIZAMOS a nuestro/a hijo/a para que salga del colegio durante el horario escolar, acompañado/a por profesorado del centro, para realizar visitas y actividades culturales y deportivas:

SÍ NO

- OPTAMOS por la siguiente asignatura para nuestro/a hijo/a:

Religión Atención Educativa

....., a de de 202...

Firmado,

El padre o tutor

La madre o tutora



ASISTENCIA SANITARIA

ALUMNA/O CURSO NIVEL

Dirección

Ciudad Teléfono

Nombre y apellidos del padre

Dirección de trabajo del padre

Nombre de la empresa Teléfono

Nombre y apellidos de la madre

Dirección de trabajo de la madre Teléfono

Nombre de la empresa Teléfono

Nº seguridad social del padre Nº seguridad social de la madre.....

Enfermedades y/o alergias a tener en cuenta en el Colegio

Hospital de referencia (opcional)

Fecha y firma de los padres o tutores legales del menor

Delego en el representante del Colegio Español Federico García Lorca de París la autorización para que mi hijo/a pueda ser intervenido quirúrgicamente durante el horario escolar, en caso de que el médico lo considere de extrema urgencia vital y los padres no puedan ser localizados.

París, _____ de _____ de _____

Firma de los dos padres o tutores legales del menor



CERTIFICADO DE FIRMAS

Primer progenitor

Nombre y apellidos: _____

Firma: _____

Segundo progenitor

Nombre y apellidos: _____

Firma: _____



<h2>FICHE SANITAIRE DE LIAISON</h2>	I - ENFANT NOM : _____ PRÉNOM : _____
	DATE DE NAISSANCE : _____ GARÇON <input type="checkbox"/> FILLE <input type="checkbox"/>

CETTE FICHE PERMET DE RECUEILLIR DES INFORMATIONS UTILES PENDANT LE SÉJOUR DE L'ENFANT ; ELLE ÉVITE DE VOUS DÉMUNIR DE SON CARNET DE SANTÉ ET VOUS SERA RENDUE À LA FIN DU SÉJOUR.

2 -VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diptérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				BCG	
Ou Tétracoq				Autres (préciser)	

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

3 -RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un **traitement médical** pendant le séjour ? oui non

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants (**boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice**)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

médicamenteuses oui non alimentaires oui non

ALLERGIES :

asthme oui non autres oui non



PRÉCISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE À TENIR (si automédication

le signaler)

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES DATES ET LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

4 - RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES, DES LUNETTES, DES PROTHÈSES AUDITIVES, DES PROTHÈSES DENTAIRES, ETC...PRÉCISEZ.

L'ENFANT MOUILLE-T-IL SON LIT ?

NON	OCCASIONNELLEMENT	OUI
-----	-------------------	-----

S'IL S'AGIT DUNE FILLE EST-ELLE RÉGLÉE ?

NON	OUI
-----	-----

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOMPRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉ- JOUR)

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : portable : travail :

Père : domicile : portable : travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

Je soussigné..... responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du séjour à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant. J'autorise également, si nécessaire, le directeur du séjour à faire sortir mon enfant de l'hôpital après une hospitalisation.

N° de sécurité sociale :

Date :

Signature :

