



# MATRÍCULA ORDINARIA CURSO 2023/2024

DEL 24 DE MARZO AL 7 DE ABRIL de 2023 (ambos inclusive)

## LA MATRÍCULA ESTÁ DESTINADA A TODOS LOS:

- Alumnos que han solicitado la continuidad en el centro.
- Alumnos admitidos durante el proceso de admisión ordinario.

## MODALIDADES DE PRESENTACIÓN:

- 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](mailto: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 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](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 doble firma).**
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 **todos 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<sup>a</sup> (Primer progenitor): \_\_\_\_\_

D./ D<sup>a</sup> (Segundo progenitor): \_\_\_\_\_

Alumno/a: \_\_\_\_\_

Clase: \_\_\_\_\_

1. 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.

2. 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

3. 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

4. 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 .....

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) .....

Dirección ..... Teléfono .....

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>	<p><b>I - ENFANT</b>          NOM : _____          PRÉNOM : _____</p> <p>DATE DE NAISSANCE : _ _          GARÇON <input type="checkbox"/>                      FILLE <input type="checkbox"/></p>
---	---

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	
<b>Ou</b> DT polio				BCG	
<b>Ou</b> 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 ?

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

NOM .....PRÉNOM.....

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 :

**A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES  
COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES**

.....  
.....

**OBSERVATIONS**

.....  
.....

