

DOSSIER D'INSCRIPTION

PHOTO
OBLIGATOIRE

Classe demandée :

Date de dépôt du dossier :

Date du rendez-vous :

Fiche d'information de l'élève

ÉTAT CIVIL

Nom : Prénoms :

Né(e) le : / / Lieu de naissance : Département :

Sexe : F M Nationalité :

SCOLAIRE

Régime souhaité : Interne Demi-pensionnaire Externe

LV1 : LV2 :

Classe(s) doublée(s) : oui non Si oui, précisez :

Votre enfant a-t-il un suivi ? : oui non

Si oui, précisez : Orthophoniste (nom + tel)

Dossier MDPH

Autre organisme :

SANTÉ

Signalez des allergies, des conséquences d'opérations, des précautions à prendre, des traitements :

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

PARCOURS DES 3 DERNIÈRES ANNÉES

ANNÉE	CLASSE	ÉTABLISSEMENT	VILLE	DÉPARTEMENT
20... / 20...				
20... / 20...				
20... / 20...				

ACTIVITÉS EXTRA-SCOLAIRES & CENTRES D'INTÉRÊT

.....

.....

.....

PROJET PERSONNEL : Projet d'étude et/ou projet professionnel

.....

.....

.....

MOTIVATIONS DE LA DEMANDE

.....

.....

.....

OBSERVATIONS *(à remplir par la direction à l'issue de l'entretien)*

Responsables légaux de l'élève

Civilité : M. et Mme M. Mme

Situation familiale : Marié Divorcé Veuf Union libre

Nombre d'enfants dans la famille : Déjà scolarisé(s) à Saint-Charles :

PÈRE	MÈRE
Nom :	Nom :
Prénom :	Nom de jeune fille :
Adresse complète :	Prénom :
.....	Adresse complète (si différente) :
.....
.....
Tél. domicile :	Tél. domicile :
Tél. portable :	Tél. portable :
Email :	Email :
Profession :	Profession :
Lieu de travail et tél. :	Lieu de travail et tél. :
.....

En cas de séparation ou de divorce, précisez si l'enfant vit chez :

la mère le père le tuteur ou la tutrice, précisez son nom et prénom :

En cas de divorce s'il y a autorité parentale conjointe il est indispensable que les deux parents signent ce présent document ainsi que le contrat de scolarisation.

MODE DE RÈGLEMENT

prélèvement sur 10 mois prélèvement sur 12 mois chèque sur 10 mois

Si le payeur est différent des parents, nom et prénom :

Adresse et tél. : Organisme éventuel :

Je soussigné : parents ou tuteur de

déclare avoir pris connaissance du règlement financier.

Père
Date et Signature

Mère
Date et Signature

ou représentant légal
Date et Signature

DOCUMENTS À FOURNIR

1. AVEC LE DOSSIER D'INSCRIPTION

- Fiche d'information
- Bulletins scolaires de l'année en cours et de l'année précédente
- Photocopie de la carte d'identité de l'élève
- Photocopie du livret de famille **complet**
- Photocopie de décision de justice s'il y a lieu (divorce, tutelle)
- Photocopie de l'**attestation** de Sécurité Sociale
- Photocopie de la carte Mutuelle
- Photocopie des vaccinations
- Contrat de scolarisation
- Fiche sanitaire

2. À L'ISSUE DU RENDEZ-VOUS POUR VALIDATION DU DOSSIER

- Mandat de Prélèvement SEPA
- RIB
- 1 chèque de 40 €* pour les droits d'inscription à l'ordre de l'ASC Saint Charles
(renouvelable chaque année et non remboursable passé le délai de résiliation de 10 jours)
- 1 chèque de dépôt de garantie à l'ordre de l'ASC Saint Charles de :
 - 31 € pour les externes
 - 77 € pour les ½ pensionnaires
 - 153 € pour les internes

(les chèques sont soumis à l'encaissement à l'enregistrement du dossier)*

3. EN FIN D'ANNÉE SCOLAIRE : Obligatoire pour valider l'inscription dans la classe demandée

- Bulletin du 3ème trimestre
- Certificat de radiation de l'Établissement d'origine (remis en fin d'année)

Contrat de scolarisation

Le présent contrat a pour objet de préciser les conditions financières dans lesquelles l'établissement assure la scolarisation de (*nom et prénom de l'élève*)
Monsieur et Madame, parents ou tuteurs de l'élève susnommé,
déclarent avoir pris connaissance du règlement intérieur et du projet de l'établissement.
Ils déclarent accepter sans réserve et inscrivent leur enfant dans l'établissement à dater du /.... /

L'établissement représenté par M accepte cette inscription et s'engage à assurer la scolarisation de
En contrepartie du service rendu par l'établissement scolaire, Monsieur et Madame
s'engagent à acquitter la contribution des familles au fonctionnement de l'établissement ainsi que toutes dépenses para et péri scolaires (internat, demi-pension, garderie, études,...) dont leur enfant aura bénéficié*.
De convention expresse et sauf report sollicité à temps accordé par nous, le défaut de paiement du relevé de scolarité selon l'échéancier proposé, entraînera l'exigibilité immédiate de toutes les sommes dues, et, ce, quel que soit le choix du mode de règlement.
En cas de départ définitif en cours d'année (exclusion ou cas de force majeure), les frais de scolarité correspondant à la périodicité payée d'avance seront remboursés. Par contre, aucune absence ne donnera lieu à un remboursement.

De leur côté, Monsieur et Madames'engagent à apporter l'aide la plus efficace possible à l'établissement, notamment :

- En reconnaissant son caractère propre tel qu'il est défini dans le projet éducatif,
- En veillant au respect du règlement, de l'horaire et des dates de congés,
- En s'informant régulièrement des résultats et du comportement de leur enfant,
- En participant aux diverses réunions de parents et en répondant aux convocations éventuelles des enseignants ou du chef d'établissement.
- En acceptant la publication éventuelle, dans tout document écrit ou numérique, de photos ou de vidéos prises à l'occasion des activités scolaires de leur enfant. En cas de refus de publication, celui-ci devra être formulé explicitement par écrit, en début d'année scolaire et remis au Chef d'Établissement.

Toute attitude de l'enfant ou des parents, de nature à contrevenir à ces dispositions pourra entraîner des procédures d'exclusion.

La présente convention vaut pour la présente année scolaire.

Fait à Chauny, le /.... / 20....

Le (les) responsable(s) de l'élève

Date et Signature

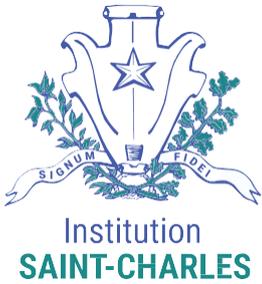
Le Chef d'Établissement

Date et Signature

En cas de divorce s'il y a autorité parentale conjointe il est indispensable que les deux parents signent tous les documents.

* En cas de difficultés financières, nous vous encourageons à nous contacter au 03.23.52.10.50

La direction et le service comptable étudieront avec vous les possibilités d'aménagement de votre facturation.



FICHE SANITAIRE (à compléter tous les ans)

Classe demandée :

ANNÉE SCOLAIRE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉLÈVE :

Nom : Prénom :

Sexe : M F Nationalité :

Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :

N° portable de l'élève :

Régime : Externe Demi-Pensionnaire Interne

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS :

Nom du responsable légal : Prénom :

Adresse complète :

En cas d'accident, l'établissement scolaire s'efforce de prévenir la famille par les moyens les plus rapides. *Veillez faciliter notre tâche en nous donnant au moins **3 numéros de téléphone*** :

N° du domicile **du père** : Adresse mail :

N° du Portable : N° du travail :

N° du domicile de **la mère** : Adresse mail :

N° du Portable : N° du travail :

Nom et n° de téléphone d'une personne susceptible d'être contactée en cas d'urgence :

Lien de parenté éventuel :

AUTORISATION D'URGENCE (obligatoire pour les internes)

Je soussigné(e)

Responsable légal de l'élève

Autorise l'administration de l'Établissement à prendre le cas échéant toutes les mesures utiles en cas d'urgence médicale, chirurgicale, y compris anesthésie et transfusion sanguine

Date et signature :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX À REMPLIR À L'AIDE DU CARNET DE SANTÉ

NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN TRAITANT

.....
.....

Téléphone :

MALADIES

Votre enfant :

Suit-il actuellement un traitement de longue durée ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Souffre-t-il d'une ou plusieurs allergies ? OUI NON

Si oui, laquelle ou lesquelles ?

Présente-t-il une intolérance à un médicament particulier ? OUI NON

Si oui, lequel ?

Souffre-t-il actuellement d'une affection cardiaque OUI NON

d'asthme OUI NON

d'épilepsie OUI NON

de diabète OUI NON

A-t-il des problèmes d'audition OUI NON

de vision OUI NON

TRANSPORT EN CAS DE NECESSITÉ VERS LE LIEU D'HOSPITALISATION

Lieu d'hospitalisation souhaité :

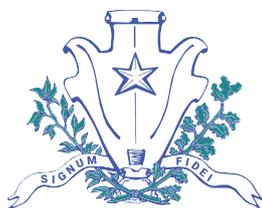
En cas d'urgence, le transport se fera vers l'hôpital le plus proche par le SAMU ou les pompiers.

AUTORISATION D'URGENCE

J'autorise mon enfant à monter dans le véhicule d'un membre du personnel de l'Institution Saint-Charles

Je n'autorise pas mon enfant à monter dans le véhicule d'un membre du personnel de l'Institution Saint-Charles

Date et signature :



Institution
SAINT-CHARLES

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique de Mandat :

Nous vous rappelons que vous retrouvez votre référence du mandat (RUM) sur chacune de nos factures.

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASSOCIATION SCOLAIRE CHAUNOISE à envoyer des informations à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de ASSOCIATION SCOLAIRE CHAUNOISE.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Toute demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

DÉBITEUR

Nom / prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville : Pays :

IBAN : BIC :

CRÉANCIER

Identifiant du créancier (ICS) : FR96ZZ001483 Nom: ASSOCIATION SCOLAIRE CHAUNOISE

Adresse : 1 rue du Brouage Code Postal : 02300 Ville : CHAUNY Pays : France

PAIEMENT

récurrent / répétitif ponctuel

Fait à

Le : / /

Signature

Veillez compléter tous les champs du mandat et y joindre un relevé d'identité bancaire (RIB).

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

Aide régionale aux lycéens

La région Hauts de France accorde à tous les élèves de lycée une participation aux frais scolaires sous la forme d'une carte à puce.

- Cette participation s'élève à 100 € pour les élèves de Seconde, Seconde MA, Vente, MS, MELEC, CAP AS 1ère Année, 3ème Prépa Pro.
- Puis 55 € les années suivantes

La demande de carte est à faire la première année de préparation à chaque diplôme ou la première année d'inscription dans l'établissement sur le site :

<http://generation.hautsdefrance.fr/categorie/actus-carte/>

Le Conseil Régional expédiera votre carte directement à votre domicile.

Attention : cette carte est à conserver durant toute la scolarité de l'élève.

VOUS POSSÉDEZ DÉJÀ UNE CARTE GÉNÉRATION

Pour les élèves qui possèdent déjà une carte Génération Hauts de France, l'établissement indiquera la nouvelle classe de l'élève au prestataire qui procèdera directement au rechargement de la carte.

Chaque élève sera informé par le Conseil Régional du rechargement de sa carte.



AVIS MÉDICAL



AVIS MÉDICAL SUR L'APTITUDE D'UN ÉLÈVE MINEUR des Classes de Seconde, Première et Terminale des Filières : Maintenance Automobile, Électrotechnique et Systèmes Numériques, et des classes de : Première et Terminale de la Filière Métiers de la Sécurité À SUIVRE UNE FORMATION PROFESSIONNELLE NÉCESSITANT L'ACCÈS À DES TRAVAUX RÉGLEMENTÉS

Je soussigné, Docteur.....

Au regard des taches et travaux du référentiel correspondant à la formation :

.....

Et des résultats du bilan de santé, il m'apparaît que l'état de santé de l'élève :

Nom et Prénom

Né(e) le

Dans le cadre de sa formation professionnelle mentionnée ci-dessus est :

- Compatible avec les travaux nécessaires à sa formation professionnelle (1)
- Incompatible avec les travaux nécessaires à sa formation professionnelle (1)
- Incompatible temporairement ce que nécessite de surseoir à son accès aux travaux réglementés

Cet avis vaut pour tous les lieux de formation de cet élève, sous réserve de leur autorisation à dérogation accordée par l'inspecteur du travail.

A

Le

Signature et cachet du médecin

(1) Rayer la mention inutile