

INSTITUTION SAINT CHARLES
1, rue du Brouage 02 300 CHAUNY
Mail : accueil.institution@gmail.com
Tel. 03.23.52.10.50 - Fax .03.23.52.39.40

Nom :
Prénom :
Classe demandée :

Date de dépôt du dossier:

Date du rendez-vous :

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 et ☐ carte Mutuelle
- ☐ Photocopie des vaccinations
- ☐ Contrat de scolarisation
- ☐ Fiche sanitaire
- ☐ Extrait du casier judiciaire ([http : //www.cjn.justice.gouv.fr](http://www.cjn.justice.gouv.fr)) pour le Bac pro Métiers de la sécurité

Documents à remettre à l'issue du rendez-vous pour validation du dossier

- ☐ Mandat de Prélèvement SEPA
- ☐ RIB
- ☐ 1 chèque de 40 €*(apprentis non concernés) pour les droits d'inscription
(renouvelable chaque année et non remboursable passer le délai de résiliation de 10 jours) à l'ordre de l'ASC Saint Charles.
- ☐ 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)

Documents à remettre en fin d'année scolaire :

Obligatoires pour valider l'inscription dans la classe demandée

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



FICHE D'INFORMATION

Institution Saint Charles
Collège -Lycée Général -Lycée des Métiers.
www.saint-charles-chauny.fr

**Photo
obligatoire**

Elève

Classe demandée à St Charles :

Nom : Prénoms : Sexe : F ☐ M ☐ Nationalité :
(Ordre de l'état civil)

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

N° de portable de l'élève : Adresse mail de l'élève :

Régime : ☐ Interne ☐ Demi-pensionnaire ☐ Externe

LVA : Anglais **LVB :** ☐ Allemand ☐ Espagnol ☐ Chinois

Classe(s) doublée(s) :

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

Si oui : ☐ orthophoniste Nom : Tél.

☐ dossier MDPH ☐ autres organisme

Santé: (allergies - conséquences d'opérations - précautions à prendre -traitements).....
.....
.....

Année scolaire	Classe	Etablissement scolaire	Ville	Département
2022-2023				
2021-2022				
2020-2021				

Activités extrascolaires et centres d'intérêt :

Projet personnel : (projet d'études, projet professionnel)

Motivations de la demande :

Observations : (à remplir par la direction à l'issue de l'entretien)

Responsables

Civilité : M. et Mme ☐ M. ☐ Mme ☐
Situation familiale : Marié ☐ Pacsé ☐ divorcé ☐ Union libre ☐ veuvage ☐
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):
.....	
.....	
Tel domicile :	Tel domicile :
Tel portable :	Tel portable :
Adresse Mail :	Adresse Mail :
Profession :	Profession :
Lieu de travail et tel :	Lieu de travail et tel :
.....	

En cas de séparation ou de divorce, précisez si l'enfant vit chez la mère ☐ le père ☐ tuteur ou tutrice ☐
Si le responsable est le tuteur, 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 mensuel :

☐ prélèvement sur ☐ 10 mois ou ☐ 12 mois ou chèque sur 10 mois ☐

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

Organisme éventuel :

Adresse et tel :

Je soussigné :parents ou tuteur de déclare avoir pris connaissance du règlement financier.

Père	Mère	ou représentant légal
Date et Signature	Date et Signature	Date et Signature

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 ou 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/...../2023

L'établissement représenté par M Briaux Alexis accepte cette inscription et s'engage à assurer la scolarisation de

En contrepartie du service rendu par l'établissement scolaire, Monsieur ou 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 restent dus. Par contre, aucune absence ne donnera lieu à un remboursement.

De leur côté, Monsieur ou Madame.....s'engage(nt) 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'Etablissement.

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.

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

Fait à Chauny, le..../...../....

Le (les) responsable(s) de l'élève :
Nom :.....
Prénom:.....

Le (les) responsable(s) payeur(s) :
Nom :.....
Prénom:.....

Le Chef d'Établissement,

Date et signature

Date et signature

Date et signature

Annexe du contrat de scolarisation, sur le traitement des données Personnelles des élèves et de leurs responsables légaux.

Les données qui vous sont demandées dans le formulaire d'inscription sont nécessaires aux fins d'inscription de votre enfant auprès de l'établissement Institution saint Charles, 1 rue du brouage 02300 CHAUNY.

Le responsable des traitements est M. BRIAUX Alexis chef d'établissement coordinateur.

La présente information est fournie en application du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (ci-après « Règlement Général sur la Protection des Données » ou « RGPD ») et de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (ci-après « Loi Informatique et Libertés »)

Les données à caractère personnel suivantes sont collectées et traitées :

- Nom, prénom, date et lieu de naissance, sexe de l'élève,
- Nom, prénom, profession et coordonnées des parents,
- Données de scolarité (notes, bulletins réguliers, décisions d'orientation, ...)
- Données nécessaires à la gestion comptable (...)
- Données relatives à la gestion de la vie scolaire (retards, absences, sanctions ...)
- [Autres données éventuellement collectées ...]

Elles font l'objet des traitements principaux nécessaires à :

- La gestion de l'inscription dans l'établissement ;
- La gestion administrative et comptable ;
- La gestion des activités scolaires et extra scolaires (listes de classes, de groupes, ...) ;
- L'utilisation d'outils de travail informatisés (ENT, intranet, tablettes, ...) ;
- Le suivi de la scolarité, y compris lié à des scolarisations particulières (PAI, notifications MDPH, PAP ...)
- L'inscription aux examens ;
- La gestion de la restauration, de l'internat et des services annexes.

L'ensemble de ces traitements est nécessaire à l'exécution du contrat de scolarisation de vos enfants dans notre établissement.

Ces données sont conservées pendant la durée de la scolarité de l'élève dans l'établissement et durant les 10 années qui suivent la fin de cette scolarité.

Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'opposition, d'effacement et de portabilité de vos données personnelles ainsi que de limitation au traitement de ces données dans les conditions prévues au RGPD en adressant un email à accueil.institution@gmail.com ou un courrier à Institution saint Charles, 1 rue du brouage 02300 CHAUNY. Vous pouvez également adresser une réclamation à la CNIL.

Les données relatives à la religion et à l'exercice de la pastorale (date baptême, date de sacrement, participation à la catéchèse...) sont en outre collectées avec votre accord. Elles sont susceptibles d'être communiquées à la paroisse de Chauny.

Vous disposez du droit de retirer votre consentement à leur collecte et à leur traitement.

Dans le cadre de la scolarisation de votre enfant dans un établissement de l'Enseignement catholique, vos coordonnées et celles relatives à votre enfant sont également transmises aux organismes suivants de l'Enseignement catholique ou à certaines collectivités territoriales, et pour les finalités suivantes :

- Au Secrétariat Général de l'Enseignement Catholique dans le cadre de la gestion interne de l'Enseignement catholique et de la remontée des données qui doit être faite au Ministère de l'Education nationale à des fins de recensement des effectifs.

- A l'Association Gabriel (Gestion Associée des Bases et Réseaux d'Information de l'Enseignement Libre) tenant à jour le référentiel des données de l'enseignement catholique. Via cette base de données, les coordonnées de l'élève sont transmises à l'UGSEL, Fédération sportive éducative de l'enseignement catholique, lorsque l'établissement en est adhérent, à des fins de gestion de la participation de l'élève aux activités qu'elle organise, ainsi qu'aux directions diocésaines et/ou services académiques de l'Enseignement catholique à des fins statistiques et pour la gestion des établissements de leur ressort.

- A l'APEL, association des parents d'élèves de l'enseignement libre, lorsque vous êtes adhérent à cette association.

Pour en savoir plus sur la gestion de vos données personnelles et celles de votre enfant pour ces finalités ainsi que sur l'exercice de vos droits, vous pouvez consulter le site internet de l'Association Gabriel, à l'adresse https://www.ec-gabriel.fr/cgu/cgu_gabriel.htm ou demander la politique de protection des données de l'Association Gabriel en adressant un email à [adresse de contact Gabriel]. Vous pouvez également consulter la politique de protection des données de l'UGSEL nationale à l'adresse : <https://www.ugsel.org/politique-de-protection-des-donnees> et celle de l'APEL nationale à l'adresse : www.apel.fr/politique-de-traitement-des-donnees.html.

- Au Maire de la commune dans laquelle réside l'élève en application de l'article L131-6 du Code de l'éducation, et le cas échéant, à sa demande, à la collectivité territoriale dont relève l'établissement (commune, département ou région). Vous disposez de droits d'accès, de rectification, d'opposition et d'effacement de vos données personnelles ainsi que de limitation au traitement de ces données dans les conditions et limites prévues par le RGPD :

- En adressant un email à dpd@enseignement-catholique.fr ou un courrier à Délégué à la protection des données de l'Enseignement catholique – Secrétariat Général de l'Enseignement Catholique – 277 rue Saint Jacques – 75005 PARIS Cedex pour les traitements mis en œuvre par l'Association Gabriel ;

- En vous rapprochant selon les cas de la commune, ou de la collectivité territoriale dont relève l'établissement. Vous pouvez également adresser une réclamation à la CNIL.

MANDAT de Prélèvement SEPA

Référence unique de Mandat

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

Mandat de
envoyer
Prélèvement
compte



En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez ASSOCIATION SCOLAIRE CHAUNOISE à des informations à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre SEPA 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 les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Identifiant du créancier (ICS) : FR96ZZZ001483

Débiteur
Votre Nom

Créancier
ASSOCIATION SCOLAIRE CHAUNOISE

Votre
Adresse

1 rue du Brouage

CP/Ville

02300 CHAUNY

France

France

IBAN

BIC

Paiement : ☒ Récurrent/répétitif ☐ Ponctuel

A

Le :

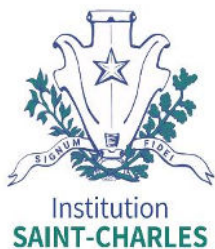
expliqués

Signature

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

Veillez compléter tous les champs du mandat.

Merci de coller votre relevé d'identité Bancaire RIB



CARTE GÉNÉRATION HAUTS-DE-FRANCE



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, MCV, MS, SN, CAP AS 1ère Année, 3ème Prépa Métiers.
- **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 :**

www.generation.hautsdefrance.fr

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 procédera directement au rechargement de la carte. Chaque élève sera informé par le Conseil Régional du rechargement de sa carte.



ANNEE SCOLAIRE : 2023 / 2024

Tél : 03. 23. 52. 63. 10.

Classe :

FICHE SANITAIRE (à compléter tous les ans)

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.
Veuillez 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'Etablissement, à prendre le cas échéant, toutes les mesures utiles en cas d'urgence
médicale ou chirurgicale, y compris anesthésie et transfusion sanguine.

Date et signature :

Tournez svp



RENSEIGNEMENTS MEDICAUX A REMPLIR A L'AIDE DU CARNET DE SANTE

1 - VACCINATIONS :

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.

Antipoliomyélite

Antidiphtérique

Antitétanique

Anticoquelucheuse

Antituberculeuse BCG

Antivariolique

date de vaccination :

date de vaccination :

date de vaccination :

date de vaccination :

Autres vaccins ? nature et dates de vaccination :

Injection de sérum ? nature et date de vaccination :

2 - 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 []

3 - INDIQUEZ CI-DESSOUS LES AUTRES DIFFICULTES DE SANTE EN PRECISANT, SI NECESSAIRE, LES DATES AINSI QUE LES OPERATIONS SUBIES.

4 - RECOMMANDATIONS DES PARENTS

Nom et adresse du médecin traitant :

Téléphone :

5 - TRANSPORT EN CAS DE NECESSITE

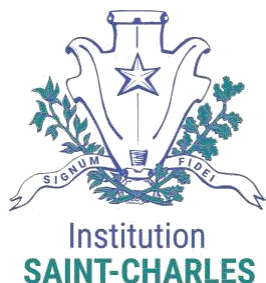
Lieu d'hospitalisation souhaité :

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

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

☐ Je n'autorise pas

Signature :



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

BAC PRO MÉTIERS DE LA SÉCURITÉ

ENGAGEMENT EN TANT QUE SAPEUR POMPIER (non obligatoire pour la formation)

☐ jeune sapeur-pompier ☐ sapeur-pompier volontaire Centre de secours :

MOTIVATIONS

Pour quelles raisons souhaitez-vous intégrer cette formation ?

Quelles sont vos perspectives professionnelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

En apposant ci-dessous votre signature, vous certifiez l'exactitude de tous les renseignements fournis.

Fait à , le /.... / 20....

Signature