

Antenne : Môm artre

Nom de la famille :

Page 1/6

Ce dossier d'inscription nous permet d'assurer la sécurité de votre enfant. Nous vous remercions de prendre un petit quart d'heure pour le compléter en détail.

Pour éviter la course aux papiers et aux dossiers incomplets, nous vous demandons de prendre un rendez-vous individuel auprès d'un membre de l'équipe. Sans l'intégralité des documents, nous ne pourrons valider votre inscription.

Comment avez-vous connu l'association ?

- Flyer/affiche/vitrine Bouche à oreille Site internet Ecole Assistante sociale
 Autre :

Liste des documents à fournir pour valider l'inscription :

- ce dossier d'inscription complété avec les autorisations signées (les 4 pages suivantes à modifier et/ou compléter)
- l'avis d'imposition de l'année précédente ou en cours (ceux de la famille ou ceux des deux parents si 2 foyers fiscaux)
- une fiche sanitaire pour chaque enfant (2 pages)
- la copie des pages de vaccination du carnet de santé de chaque enfant

Si votre enfant est atteint d'un trouble de la santé qui nécessite une prise en charge particulière, nous vous demandons de nous transmettre un protocole d'accueil individualisé (PAI).

- un chèque pour le dépôt de garantie (de 20€ à 150€ suivant le tarif)
- un chèque d'adhésion (10€ ou 30€ suivant le tarif)

Nous allons chercher les enfants à la sortie des écoles les lundis, mardis, jeudis ou vendredis, entre 16h et 16h30 en fonction des écoles. Nous assurons l'accueil des enfants des écoles privées le mercredi matin, et pour tous les enfants le mercredi après-midi et lors des vacances scolaires.

Nous vous recommandons d'être assurés en responsabilité civile pour vos enfants dans le cadre de leurs activités à Môm'artre

Les PARENTS

(IMPORTANT : les adresses e-mails et numéros de tél. mobiles doivent être renseignés avec une attention particulière !)

Parent 1 Nom :

Prénom :

Email :

Téléphone domicile :

mobile :

bureau :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Statut :

- Salarié
- Travailleur indépendant
- Demandeur d'emploi (<12 mois)
- Chômeur longue durée (>12m)
- En formation
- sans activité

- Aide Sociale : Aucune
- Minimas Sociaux (ASS, RSA ...)
- Allocation Retour à l'Emploi (ARE)
- Autre (ATA, AFSNE ...)

 Profession : Travail à : Temps Plein Temps Partiel

Contrat :	<input type="checkbox"/> Apprentissage	CSP :	<input type="checkbox"/> Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Formation :	<input type="checkbox"/> <4e ou formation pro 1 an
	<input type="checkbox"/> Stagiaire		<input type="checkbox"/> Cadres, professions intellectuelles supérieures		<input type="checkbox"/> 3e ou 4e-3e techno
	<input type="checkbox"/> CDD		<input type="checkbox"/> Employés		<input type="checkbox"/> BEP ou CAP ou CFPA 1er degré
	<input type="checkbox"/> CDI		<input type="checkbox"/> Ouvriers		<input type="checkbox"/> BAC ou Brevet de technicien
	<input type="checkbox"/> Professionnel		<input type="checkbox"/> Retraités		<input type="checkbox"/> BAC+2, BTS, DUT et fin de 1er cycle
	<input type="checkbox"/> Intermittent		<input type="checkbox"/> sans activité professionnelle		<input type="checkbox"/> BAC+3 et +

Nom de l'employeur :

Heure de fin de journée de travail (format hh:mm) :

Temps de transport travail-domicile (format hh:mm) :

 Situation familiale : En Couple Séparé (foyer recomposé) Monoparental Veuf/Veuve

"un foyer monoparental est un foyer où 1 adulte vit seul avec au moins 1 enfant, même une partie du temps (garde alternée)"

Précisez le nombre d'enfants à votre charge par tranche d'âge < 3 ans :

de 3 à 5 ans :

de 6 à 11 ans :

> 12 ans :

Parent 2 Nom :

Prénom :

Email :

Téléphone domicile :

mobile :

bureau :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Statut :

- Salarié
- Travailleur indépendant
- Demandeur d'emploi (<12 mois)
- Chômeur longue durée (>12m)
- En formation
- sans activité

- Aide Sociale : Aucune
- Minimas Sociaux (ASS, RSA ...)
- Allocation Retour à l'Emploi (ARE)
- Autre (ATA, AFSNE ...)

 Profession : Travail à : Temps Plein Temps Partiel

Contrat :	<input type="checkbox"/> Apprentissage	CSP :	<input type="checkbox"/> Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Formation :	<input type="checkbox"/> <4e ou formation pro 1 an
	<input type="checkbox"/> Stagiaire		<input type="checkbox"/> Cadres, professions intellectuelles supérieures		<input type="checkbox"/> 3e ou 4e-3e techno
	<input type="checkbox"/> CDD		<input type="checkbox"/> Employés		<input type="checkbox"/> BEP ou CAP ou CFPA 1er degré
	<input type="checkbox"/> CDI		<input type="checkbox"/> Ouvriers		<input type="checkbox"/> BAC ou Brevet de technicien
	<input type="checkbox"/> Professionnel		<input type="checkbox"/> Retraités		<input type="checkbox"/> BAC+2, BTS, DUT et fin de 1er cycle
	<input type="checkbox"/> Intermittent		<input type="checkbox"/> sans activité professionnelle		<input type="checkbox"/> BAC+3 et +

Nom de l'employeur :

Heure de fin de journée de travail (format hh:mm) :

Temps de transport travail-domicile (format hh:mm) :

 Situation familiale : En Couple Séparé (foyer recomposé) Monoparental Veuf/Veuve

"un foyer monoparental est un foyer où 1 adulte vit seul avec au moins 1 enfant, même une partie du temps (garde alternée)"

Précisez le nombre d'enfants à votre charge par tranche d'âge < 3 ans :

de 3 à 5 ans :

de 6 à 11 ans :

> 12 ans :

Réserve à l'association

Si 1 seul foyer fiscal :

RI du foyer (en €) :

Nombre de parts :

Année de l'avis d'imposition :

Si foyers fiscaux différents :
(on fait la somme)

 Revenu Imposable parent 1 (en €) :
 Revenu Imposable parent 2 (en €) :

 Nombre de parts :
 Nombre de parts :

 Année de l'avis d'imposition :
 Année de l'avis d'imposition :

QF = RI/Parts =

€

Tarif à la rentrée prochaine : Gratuit S'abstiens Tarifs Tarif 0 Tarif 1 Tarif 2 Tarif 3 Tarif 4 Tarif 5 Tarif 6 Tarif 7 Tarif 8 Tarif 9

Les ENFANTS

(IMPORTANT : les numéros de tél. mobiles doivent être renseignés avec une attention particulière !)

Nom :	Prénom :	Date de Naissance :
-------	----------	---------------------

Ecole :

<input type="checkbox"/> Lepic	<input type="checkbox"/> Joseph De Maistre	<input type="checkbox"/> Damrémont	<input type="checkbox"/> Capitaine Lagache
<input type="checkbox"/> Ecole Forest	<input type="checkbox"/> Ferdinand Flocon	<input type="checkbox"/> Belliard	<input type="checkbox"/> Autre :

Classe (à l'inscription) : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2 CLIS

Instituteur :

6ème 5ème 4ème 3ème

Numéro de Sécurité Sociale :

Problème de Santé :	Médecin traitant :	Tel du médecin :
---------------------	--------------------	------------------

Personne à contacter si besoin (hors parents) : Tel dom du contact :

Lien de parenté : Tel mob du contact :

Suivi par un professionnel social, médical ou paramédical : OUI NON Si OUI précisez :

Adresse de facturation : Parent 1 Parent 2 Les Deux

Nom :	Prénom :	Date de Naissance :
-------	----------	---------------------

Ecole :

<input type="checkbox"/> Lepic	<input type="checkbox"/> Joseph De Maistre	<input type="checkbox"/> Damrémont	<input type="checkbox"/> Capitaine Lagache
<input type="checkbox"/> Ecole Forest	<input type="checkbox"/> Ferdinand Flocon	<input type="checkbox"/> Belliard	<input type="checkbox"/> Autre :

Classe (à l'inscription) : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2 CLIS

Instituteur :

6ème 5ème 4ème 3ème

Numéro de Sécurité Sociale :

Problème de Santé :	Médecin traitant :	Tel du médecin :
---------------------	--------------------	------------------

Personne à contacter si besoin (hors parents) : Tel dom du contact :

Lien de parenté : Tel mob du contact :

Suivi par un professionnel social, médical ou paramédical : OUI NON Si OUI précisez :

Adresse de facturation : Parent 1 Parent 2 Les Deux

Nom :	Prénom :	Date de Naissance :
-------	----------	---------------------

Ecole :

<input type="checkbox"/> Lepic	<input type="checkbox"/> Joseph De Maistre	<input type="checkbox"/> Damrémont	<input type="checkbox"/> Capitaine Lagache
<input type="checkbox"/> Ecole Forest	<input type="checkbox"/> Ferdinand Flocon	<input type="checkbox"/> Belliard	<input type="checkbox"/> Autre :

Classe (à l'inscription) : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2 CLIS

Instituteur :

6ème 5ème 4ème 3ème

Numéro de Sécurité Sociale :

Problème de Santé :	Médecin traitant :	Tel du médecin :
---------------------	--------------------	------------------

Personne à contacter si besoin (hors parents) : Tel dom du contact :

Lien de parenté : Tel mob du contact :

Suivi par un professionnel social, médical ou paramédical : OUI NON Si OUI précisez :

Adresse de facturation : Parent 1 Parent 2 Les Deux

Les SOUHAITS

Précisez ici vos souhaits pour la rentrée (2 à 3 inscriptions seront accordées les soirs de semaine en fonction des effectifs). Ceux-ci peuvent évoluer et ne seront pas forcément satisfaits.

Ecole desservies	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Lepic	X		X		X
Joseph De Maistre	X	X	X	X	X
Damrémont	X	X	X	X	X
Capitaine Lagache		X		X	
Ecole Forest		X			
Ferdinand Flocon		X			
Belliard			X		

Le soir après l'école :

Lundi Mardi Jeudi Vendredi

A partir du : / /

Le mercredi :

Matin Après midi

A partir du : / /

Les stages :

Pour ces stages artistiques proposés durant les vacances scolaires, vous pouvez nous indiquer vos préférences à titre indicatif, l'inscription définitive se fera en cours d'année.

Toussaint Noël Février Pâques Eté Stages collégien

AUTORISATIONS et REGLEMENT INTERIEUR (à signer obligatoirement par l'un des parents)

Je soussigné(e)

NOM : Prénom :

- autorise les bénévoles, stagiaires et permanents de l'association à aller chercher mon/mes enfants inscrits à la sortie de son école et à l'accompagner à l'association
- autorise mon/mes enfants inscrits à participer aux différentes sorties organisées par l'association
- autorise l'association à utiliser les images où figurent mon/mes enfants inscrits dans le cadre de la promotion de ses activités artistiques et culturelles sur les supports de l'association (papier, supports numériques et réseaux sociaux ...)
- autorise l'association à transmettre à ses partenaires les images où figurent mon/mes enfants inscrits dans le cadre de la promotion de leur soutien à notre association
- autorise l'association à exposer les œuvres de mon/mes enfants inscrits dans le cadre de la promotion de son activité
- déclare avoir pris connaissance du fonctionnement et du règlement intérieur présentés dans le livret d'accueil et les accepter. J'ai en particulier pris connaissance que mes enfants sont sous ma responsabilité lorsque je suis présent(e) dans le local, notamment lors des vernissages organisés à chaque fin de session et lors des loisirs partagés

Fait à le

Signature

AUTORISATION de sortie de l'association

Par mesure de sécurité, nous vous rappelons que les enfants doivent être récupérés à l'association par leur père-mère ou représentant légal.

Si, de façon tout à fait exceptionnelle, votre enfant devait rentrer seul, l'association ne pourra en aucun cas être portée responsable.

Si, de manière ponctuelle, vous autorisez une autre personne à venir récupérer votre enfant, merci de nous le signaler et de nous renseigner ci-dessous sur l'identité et les coordonnées de ces personnes.

Je soussigné(e)

NOM : Prénom :

père *mère* *représentant légal*

autorise mon/mes enfants inscrits à l'association, à être récupéré par les personnes suivantes :

(Prénom NOM)

en qualité de

coordonnées (adresse et téléphone) :

(Prénom NOM)

en qualité de

coordonnées (adresse et téléphone) :

(Prénom NOM)

en qualité de

coordonnées (adresse et téléphone) :

En signant cette autorisation, je décharge l'association de toute responsabilité en cas d'accident à compter de l'heure de sortie de l'association (figurant sur la liste des présences des enfants).

Fait à le

Signature

DEPOT DE GARANTIE

Le dépôt de garantie est un chèque que vous nous confiez à l'inscription de votre enfant. Il ne sera encaissé qu'en cas d'impayé ou restitué en fin d'année scolaire.

Unique versement par famille pour la totalité de l'année scolaire :

Hors Tarif = 20€, Tarif 0 = 20€, Tarif 1 = 30€, Tarif 2 = 40€, Tarif 3 = 80€, Tarif 4 = 90€, Tarif 5 = 100€,
Tarif 6 = 120€, Tarif 7 = 130€, Tarif 8 = 140€, Tarif 9 = 150€

L'association a reçu un chèque de dépôt de garantie d'un montant de €

Banque :

Numéro de chèque :

Remis le :

ADHESION

L'adhésion à l'association est familiale et vaut pour l'Année 2019-2020

Son montant minimum est de 30€ (sauf pour les familles aux Tarif 0 et Tarif 1, où elle est ramenée à 10€).

Cette adhésion peut être complétée par un don volontaire.

L'ensemble donne droit à une réduction d'impôts sur le revenu, correspondant à 66% de son montant sur la prochaine déclaration (cf article 200 du CGI). Un reçu fiscal vous sera envoyé.

Je verse mon adhésion d'un montant de €

et complète d'un don d'un montant de €

Remis le :

en espèces

par chèque bancaire ou postal N°

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les informations utiles pendant l'accueil de l'enfant. Elle évite aux parents de se démunir du carnet de santé et sera rendue au terme de l'accueil.

I - Vaccinations : (merci de joindre une copie des vaccinations du carnet de santé ou du certificat de vaccinations de l'enfant)

Vaccins obligatoires	oui	non	Dernier rappel	Vaccins recommandés	oui	non	Date
Diphhtérie				Hépatite B			
Tétanos				Rubéole			
Poliomyélite				Coqueluche			
ou DT polio				B.C.G			
ou Tétracoq				Autres (<i>préciser</i>)			

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoire, merci de joindre un certificat de contre-indication.

II - Renseignements médicaux :

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

Si oui, joindre une **ordonnance récente** et les **médicaments** correspondants (*dans leurs boîtes d'origine, avec la notice, et marquées au nom de l'enfant*). Attention : aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

L'enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	Varicelle	Angine	Scarlatine	Coqueluche
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
Otite	Rougeole	Oreillons	Rhumatisme articulaire aigu	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				

L'enfant a-t-il déjà eu les allergies suivantes?

Préciser la cause de l'allergie, les signes évocateurs et la conduite à tenir :

L'enfant a-t-il un problème de santé particulier qui nécessite la transmission d'informations médicales, de précautions à prendre ou d'éventuels soins à apporter ? En cas de situation de handicap, précisez si l'enfant est bénéficiaire de l'AEEH ou d'un PAI lié au handicap.

III - Informations utiles :

Préciser si l'enfant porte des lunettes, des appareils auditifs ou dentaires, s'il présente des troubles de l'apprentissage, etc. ?

IV - Responsable légal de l'enfant :

Nom : _____ Prénom : _____

Tél. domicile :

travail :

portable :

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 de l'accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (*traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale*) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Signature : _____ Date : _____