

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 pourrions valider votre inscription.

Comment avez-vous connu l'association ?

☐ Flyer ou affiche ☐ Bouche à oreille ☐ Site internet ☐ Ecole ☐ 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 assuré 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) ☐ Chomeur 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 : ☐ Apprentissage ☐ Stagiaire ☐ CDD ☐ CDI ☐ Professionnel ☐ Intermittent

CSP : ☐ Artisans, commerçants, chefs d'entreprise ☐ Cadres, professions intellectuelles supérieures ☐ Employés ☐ Ouvriers ☐ Retraités ☐ sans activité professionnelle

Formation : ☐ <4e ou formation pro 1 an ☐ 3e ou 4e-3e techno ☐ BEP ou CAP ou CFPA 1er degré ☐ BAC ou Brevet de technicien ☐ BAC+2, BTS, DUT et fin de 1er cycle ☐ BAC+3 et +

Nom de l'employeur : _____

Avez vous un Comité d'Entreprise qui prend en charge les dépenses liées aux enfants ? ☐ Non ☐ Si Oui, à quelle hauteur ? _____

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 ou 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) ☐ Chomeur 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 : ☐ Apprentissage ☐ Stagiaire ☐ CDD ☐ CDI ☐ Professionnel ☐ Intermittent

CSP : ☐ Artisans, commerçants, chefs d'entreprise ☐ Cadres, professions intellectuelles supérieures ☐ Employés ☐ Ouvriers ☐ Retraités ☐ sans activité professionnelle

Formation : ☐ <4e ou formation pro 1 an ☐ 3e ou 4e-3e techno ☐ BEP ou CAP ou CFPA 1er degré ☐ BAC ou Brevet de technicien ☐ BAC+2, BTS, DUT et fin de 1er cycle ☐ BAC+3 et +

Nom de l'employeur : _____

Avez vous un Comité d'Entreprise qui prend en charge les dépenses liées aux enfants ? ☐ Non ☐ Si Oui, à quelle hauteur ? _____

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 ou 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 : _____

Réservé 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 : Revenu Imposable parent 1 (en €) : _____ Nombre de parts : _____ Année de l'avis d'imposition : _____
(on fait la somme) Revenu Imposable parent 2 (en €) : _____ Nombre de parts : _____ Année de l'avis d'imposition : _____

QF = RI/Parts = _____ €

Tarif à la rentrée prochaine : ☐ Gratuit ☐ Hors 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"/> Ecole Forest	<input type="checkbox"/> Ferdinand Flocon	<input type="checkbox"/> Belliard
Classe (à l'inscription) : <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2 <input type="checkbox"/> CLIS		Instituteur :
<input type="checkbox"/> 6ème <input type="checkbox"/> 5ème <input type="checkbox"/> 4ème <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI précisez :		
Besoin de soutien scolaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Adresse de facturation : <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> 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"/> Ecole Forest	<input type="checkbox"/> Ferdinand Flocon	<input type="checkbox"/> Belliard
Classe (à l'inscription) : <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2 <input type="checkbox"/> CLIS		Instituteur :
<input type="checkbox"/> 6ème <input type="checkbox"/> 5ème <input type="checkbox"/> 4ème <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI précisez :		
Besoin de soutien scolaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Adresse de facturation : <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> 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"/> Ecole Forest	<input type="checkbox"/> Ferdinand Flocon	<input type="checkbox"/> Belliard
Classe (à l'inscription) : <input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> GS <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> CE2 <input type="checkbox"/> CM1 <input type="checkbox"/> CM2 <input type="checkbox"/> CLIS		Instituteur :
<input type="checkbox"/> 6ème <input type="checkbox"/> 5ème <input type="checkbox"/> 4ème <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si OUI précisez :		
Besoin de soutien scolaire : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		
Adresse de facturation : <input type="checkbox"/> Parent 1 <input type="checkbox"/> Parent 2 <input type="checkbox"/> 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.

Ecoles 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 collégiens

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 oeuvres 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 2018-2019

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°

ALLERGIES : ASTHME oui ☐ non ☐ MÉDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ AUTRES.....

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.

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

5 - RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM..... PRÉNOM.....

ADRESSE (PENDANT LE SÉJOUR).....

.....

TÉL. FIXE (ET PORTABLE), DOMICILE : BUREAU :

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.

Date :

Signature :

A REMPLIR PAR LE DIRECTEUR A L'ATTENTION DES FAMILLES

COORDONNÉES DE L'ORGANISATEUR DU SÉJOUR OU DU CENTRE DE VACANCES

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

OBSERVATIONS

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