

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/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)  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 : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

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 :**  
 Lepic  Joseph De Maistre  Damrémont  Capitaine Lagache  
 Ecole Forest  Ferdinand Flocon  Belliard  Autre : .....

**Classe (à l'inscription) :**  PS  MS  GS  CP  CE1  CE2  CM1  CM2  CLIS  
 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 :**  
 Lepic  Joseph De Maistre  Damrémont  Capitaine Lagache  
 Ecole Forest  Ferdinand Flocon  Belliard  Autre : .....

**Classe (à l'inscription) :**  PS  MS  GS  CP  CE1  CE2  CM1  CM2  CLIS  
 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 :**  
 Lepic  Joseph De Maistre  Damrémont  Capitaine Lagache  
 Ecole Forest  Ferdinand Flocon  Belliard  Autre : .....

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

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 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° .....

