

Bienvenue au Réseau Môm'artre !



Antenne : **Môm artre**

Nom de la famille :

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 (1 page)
- la copie des pages de vaccination du carnet de santé de chaque enfant
- un chèque pour le dépôt de garantie (de 20€ à 150€ suivant le tarif)
- un chèque d'adhésion (5€ à 30€ suivant le tarif & la période concernée)

📌 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 :	 Tél mobile :	 Tél bureau :
--	--	--

Adresse : Code Postal : Ville :

Statut : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Travailleur indépendant <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> En formation <input type="checkbox"/> Sans activité	Aide Sociale : <input type="checkbox"/> Oui (ASS, RSA, ARE, ATA ...) <input type="checkbox"/> Non (Aucune)	CSP : <input type="checkbox"/> Artisans, commerçants, chefs d'entreprise <input type="checkbox"/> Cadres, professions intellectuelles supérieures <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Ouvriers <input type="checkbox"/> Retraités <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle
---	---	--

Profession : Travail à : Temps Plein Temps Partiel

Nom de l'employeur :

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 :

< 3 ans :	de 6 à 11 ans :	de 3 à 5 ans :	> 12 ans :

* Parent 2

Nom : Prénom :

 Email :	 Tél mobile :	 Tél bureau :
--	--	--

Adresse : Code Postal : Ville :

Statut : <input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Travailleur indépendant <input type="checkbox"/> Demandeur d'emploi <input type="checkbox"/> En formation <input type="checkbox"/> Sans activité	Aide Sociale : <input type="checkbox"/> Oui (ASS, RSA, ARE, ATA ...) <input type="checkbox"/> Non (Aucune)	CSP : <input type="checkbox"/> Artisans, commerçants, chefs d'entreprise <input type="checkbox"/> Cadres, professions intellectuelles supérieures <input type="checkbox"/> Employés <input type="checkbox"/> Ouvriers <input type="checkbox"/> Retraités <input type="checkbox"/> Sans activité professionnelle
---	---	--

Profession : Travail à : Temps Plein Temps Partiel

Nom de l'employeur :

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 :

< 3 ans :	de 6 à 11 ans :	de 3 à 5 ans :	> 12 ans :

Les enfants

* Enfant 1

Nom : Prénom : Date de Naissance :

Etablissement :

- | | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| <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"/> Belliard | <input type="checkbox"/> Epinettes | <input type="checkbox"/> Bessières |
| <input type="checkbox"/> Sacré Coeur | <input type="checkbox"/> Autre : | | |

Classe (à la rentrée) : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2 CLIS
 6ème 5ème 4ème 3ème

Personne à contacter si besoin (hors parents) : **Lien de parenté :** **Tel :**

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

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) : Bénéficiaire Demande en cours Non concerné.e

Adresse de facturation : Parent 1 Parent 2 Les Deux

* Enfant 2

Nom : Prénom : Date de Naissance :

Etablissement :

- | | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| <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"/> Belliard | <input type="checkbox"/> Epinettes | <input type="checkbox"/> Bessières |
| <input type="checkbox"/> Sacré Coeur | <input type="checkbox"/> Autre : | | |

Classe (à la rentrée) : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2 CLIS
 6ème 5ème 4ème 3ème

Personne à contacter si besoin (hors parents) : **Lien de parenté :** **Tel :**

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

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) : Bénéficiaire Demande en cours Non concerné.e

Adresse de facturation : Parent 1 Parent 2 Les Deux

* Enfant 3

Nom : Prénom : Date de Naissance :

Etablissement :

- | | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------------|--|
| <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"/> Belliard | <input type="checkbox"/> Epinettes | <input type="checkbox"/> Bessières |
| <input type="checkbox"/> Sacré Coeur | <input type="checkbox"/> Autre : | | |

Classe (à la rentrée) : PS MS GS CP CE1 CE2 CM1 CM2 CLIS
 6ème 5ème 4ème 3ème

Personne à contacter si besoin (hors parents) : **Lien de parenté :** **Tel :**

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

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) : Bénéficiaire Demande en cours Non concerné.e

Adresse de facturation : Parent 1 Parent 2 Les Deux

Les souhaits chez Môm artre

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			
Belliard			X		
Epinettes		X	X	X	X
Bessières	X	X			X
Sacré Coeur			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 règlement intérieur

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
- autorise l'association à transmettre mes coordonnées téléphoniques et électroniques aux parents délégués
- déclare avoir pris connaissance du fonctionnement et du règlement intérieur présentés dans le livret d'accueil et les accepter, et plus particulièrement:
 - Mes enfants sont sous ma responsabilité lorsque je suis présent.e dans le local (quand je viens les chercher, ou lors des vernissages, activités en famille....)
 - Toute absence est facturée sauf si elle est justifiée par un certificat d'éviction de la vie en collectivité ou un certificat de décès d'un membre de la famille, remis à la. au responsable d'antenne dans le mois concerné par l'absence. Je m'engage à informer l'équipe de toute absence de mon enfant.
 - En cas d'impayés depuis plus de 2 mois, ma caution sera encaissée et l'accueil de mes enfants suspendu jusqu'à régularisation de la situation.

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

Tarif

Cadre 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 :

RI parent 1 (en €) :

Nombre de parts :

Année de l'avis d'imposition :

(on fait la somme)

RI parent 2 (en €) :

Nombre de parts :

Année de l'avis d'imposition :

QF = RI/Parts = €

Tarif à la rentrée prochaine :

Gratuit Soirs

Hors Tarifs

T0

T1

T2

T3

T4

T5

T6

T7

T8

T9

Dépôt de garantie

Cadre réservé à l'association

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. Les stages étant réglés avant qu'ils ne débutent, le dépôt de garantie est requis uniquement pour les inscriptions des soirs et mercredis.

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

Hors Tarif = 20€, Gratuit Soirs = 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 :

Adhésion

Cadre réservé à l'association

L'adhésion à l'association est familiale et obligatoire. Elle est valable pour une année scolaire, du Année 2022-2023 au Année 2022-2023

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

Son montant est baissé à 10€ pour des adhésions entre le 01/07/2023 et le 31/08/2023 (stages estivaux), sauf pour les familles aux Tarif 0 et Tarif 1, où elle est ramenée à 5€.

Adhésion reçue pour un montant de €

en espèces

par chèque bancaire ou postal N°, à l'ordre du Réseau Mom'artre

Don

L'adhésion peut être complétée par un don volontaire.

Un don 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 est fourni.

Je complète mon adhésion par un don d'un montant de €

en espèces

par chèque bancaire ou postal N°, à l'ordre du Réseau Mom'artre

Remis le :

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.

* **Votre enfant** Nom : Prénom :

Date de naissance : Garçon Fille

* **Vaccinations**

Vaccins obligatoires	Oui	Non	Dates dernier rappel
Diphtérie			
Tétanos			
Poliomyélite			
ou DT polio			
ou Tétracoq			

Merci de joindre une copie des vaccinations du carnet de santé ou du certificat de vaccinations de l'enfant. Si l'enfant n'est pas à jour des vaccins obligatoires, merci de joindre un certificat de contre-indication.

* **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.

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).

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

Allergies médicamenteuses	Allergies alimentaires	Asthme	Autres
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

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.

* **Informations utiles :**

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

* **Responsable légal de l'enfant :**

Nom : Prénom :
Tél. portable : Tél travail :

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 :**