

Prenez bien le temps de remplir toute les informations demandées dans ce dossier d'inscription, auquel cas nous ne pourrons valider l'inscription de votre enfant.

## LA FAMILLE

### Personne référente :

#### IDENTITÉ

Madame       Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de l'enfant (si différent) : .....

#### ADRESSE DU LIEU DE VIE DES ENFANTS

Code postal : ..... Ville : ..... Numéro de voie : .....

Voie : ..... Complément : .....

#### COORDONÉES DE CONTACT

Téléphone : ..... Email : .....

#### REMPLIR SI VOUS ÊTES DANS L'UNE DE SES SITUATIONS

Famille monoparentale       Garde alternée

#### INFORMATIONS FINANCIÈRES

Revenus annuels de référence : .....

Nombre de parts fiscales : .....

Date de l'avis d'imposition : .....

#### INFORMATIONS DU DEUXIÈME FOYER FISCAL EN CAS DE FOYERS SÉPARÉS

Revenus annuels de référence : .....

Nombre de parts fiscales : .....

Date de l'avis d'imposition : .....

#### À REMPLIR PAR L'ÉQUIPE DE MÔM'ARTRE

A remis une copie de la feuille d'imposition pour chaque foyer fiscal

À REMPLIR PAR L'ÉQUIPE DE MÔM'ARTRE

**QPV**

QPV PARIS :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> (20e) Portes du 20ème                                     | <input type="radio"/> (20e) Amandiers                           |
| <input type="radio"/> (19e) Algérie   | <input type="radio"/> (17e) Porte de Saint Ouen – Porte Pouchet |
| <input type="radio"/> (18e) Blémont   | <input type="radio"/> (18e) La chapelle –Evangile               |
| <input type="radio"/> (18e) Porte de la Chapelle – Charles Hermite              | <input type="radio"/> (18e) Goutte d'Or                         |
| <input type="radio"/> (18e) Porte Montmartre – Porte des Poissonniers - Moskova | <input type="radio"/> (14e) Didot – Porte de Vanves             |
| <input type="radio"/> (13e) Oudiné - Chevaleret                                 | <input type="radio"/> (13e) Bellier – Boutroux – Villa d'Este   |
| <input type="radio"/> (13e) Bellier – Boutroux – Villa d'Este                   |   |

QPV ARGENTEUIL :

- Centre ville

QPV BONDY :

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Blanqui   | <input type="radio"/> Marnaudes – Fosse aux Bergers – La sablière |
| <input type="radio"/> Abreuvoir - Bondy Nord - Bondy Centre - Pont-De-Bondy - La Sablière - Secteur Sud |   |

QPV NANTES :

- Bellevue

**AUTRES**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Enfant de salarié | <input type="radio"/> 2 enfants et plus |
|---|---|

**LES ENFANTS *Enfant 1 :***

**IDENTITÉ**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  Féminin  Masculin

**INFORMATIONS SANITAIRES**

**MÉDECIN TRAITANT**

Nom : ..... Numéro de téléphone : .....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (*protocole d'accueil Individualisé*) :  Oui  Non

Allergies :  Oui  Non

Causes : .....

Conduite à tenir : .....

Votre enfant suit-il un traitement médical ? :  Oui  Non

Détail du traitement : .....

Recommandations utiles des parents : .....

Informations médicales et de santé :

- Appareillage auditif ou dentaire, lunettes  Handicap reconnu ou suspecté  
 Troubles de l'apprentissage  Autres : .....

**INFORMATIONS SCOLAIRES**

Année scolaire : ..... Établissement scolaire : .....

Niveau scolaire :  PS  MS  GS  CP  CE1  CE2  CM1  CM2  ULIS

Enseignant(e) : .....

**À REMPLIR PAR L'ÉQUIPE DE MÔM'ARTRE**

- A remis une copie du PAI  
 Vaccins à jour (DTPolio)  
 A remis une copie des pages de vaccin du carnet de santé ou certificat de contre-indication  
 A remis une ordonnance (si traitement en cours)

**LES ENFANTS *Enfant 2 :***

**IDENTITÉ**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Sexe :  Féminin  Masculin

**INFORMATIONS SANITAIRES**

**MÉDECIN TRAITANT**

Nom : ..... Numéro de téléphone : .....

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (*protocole d'accueil Individualisé*) :  Oui  Non

Allergies :  Oui  Non

Causes : .....

Conduite à tenir : .....

Votre enfant suit-il un traitement médical ? :  Oui  Non

Détail du traitement : .....

Recommandations utiles des parents : .....

Informations médicales et de santé :

- Appareillage auditif ou dentaire, lunettes  Handicap reconnu ou suspecté  
 Troubles de l'apprentissage  Autres : .....

**INFORMATIONS SCOLAIRES**

Année scolaire : ..... Établissement scolaire : .....

Niveau scolaire :  PS  MS  GS  CP  CE1  CE2  CM1  CM2  ULIS

Enseignant(e) : .....

**À REMPLIR PAR L'ÉQUIPE DE MÔM'ARTRE**

- A remis une copie du PAI  
 Vaccins à jour (DTPolio)  
 A remis une copie des pages de vaccin du carnet de santé ou certificat de contre-indication  
 A remis une ordonnance (si traitement en cours)

**AUTORISATIONS**

Autorise mon/mes enfants inscrit à rentrer seul à la fin des activités :  Oui  Non

Autorise mon/mes enfants inscrits, à participer aux différentes sorties :  Oui  Non

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 :  Oui  Non

Autorise l'association à utiliser les images où figure mon/mes enfants, inscrits dans le cadre de la promotion de ses activités artistiques et culturelles, sur les supports de l'association (papier, numériques, réseaux sociaux) et à exposer ses/leurs œuvres :  Oui  Non

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 :  Oui  Non

Autorise son hospitalisation organisées par l'association et certifie que les informations médicales fournies dans ce dossier sont exactes :  Oui  Non

Autorise à transmettre mes coordonnées téléphoniques et électroniques aux parents délégués :  Oui  Non

Déclare avoir pris connaissance du fonctionnement dans le livret d'accueil et les accepter :  Oui

**DATE :**

**SIGNATURE :**

## LES PARENTS

### Parent 1 :

#### IDENTITÉ

Madame       Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

#### REMPLIR SI VOUS ÊTES DANS L'UNE DE SES SITUATIONS

En couple       Monoparental (dont garde alternée)

#### ADRESSE

Code postal : ..... Ville : ..... Numéro de voie : .....

Voie : ..... Complément : .....

#### COORDONÉES DE CONTACT

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Email : .....

#### CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Agriculteurs exploitants                   | <input type="radio"/> Cadres et professions libérales |
| <input type="radio"/> Artisans, commerçants, chefs d'entreprises | <input type="radio"/> Profession intermédiaires       |
| <input type="radio"/> Employés                                   | <input type="radio"/> Ouvriers                        |
| <input type="radio"/> Retraités                                  | <input type="radio"/> Chômeurs                        |
| <input type="radio"/> Étudiants                                  | <input type="radio"/> Inactifs                        |

#### PROFESSION

Titre de la profession : .....

#### PROCÉDURE DE RÉCUPÉRATION DE L'ENFANT

Le parent 1 peut récupérer l'enfant :       Oui       Non

## LES PARENTS

### Parent 2 :

#### IDENTITÉ

Madame       Monsieur

Nom : ..... Prénom : .....

Date et lieu de naissance : .....

#### REMPLIR SI VOUS ÊTES DANS L'UNE DE SES SITUATIONS

En couple       Monoparental (dont garde alternée)

#### ADRESSE

Code postal : ..... Ville : ..... Numéro de voie : .....

Voie : ..... Complément : .....

#### COORDONÉES DE CONTACT

Téléphone fixe : ..... Téléphone portable : .....

Email : .....

#### CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Agriculteurs exploitants                   | <input type="radio"/> Cadres et professions libérales |
| <input type="radio"/> Artisans, commerçants, chefs d'entreprises | <input type="radio"/> Profession intermédiaires       |
| <input type="radio"/> Employés                                   | <input type="radio"/> Ouvriers                        |
| <input type="radio"/> Retraités                                  | <input type="radio"/> Chômeurs                        |
| <input type="radio"/> Étudiants                                  | <input type="radio"/> Inactifs                        |

#### PROFESSION

Titre de la profession : .....

#### PROCÉDURE DE RÉCUPÉRATION DE L'ENFANT

Le parent 2 peut récupérer l'enfant :       Oui       Non

**ENTOURAGE FAMILIAL** *Personnes pouvant récupérer l'enfant :*

**PERSONNE 1**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone portable : .....

**PERSONNE 2**

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Téléphone portable : .....

**À REMPLIR PAR L'ÉQUIPE DE MÔM'ARTRE**

- A remis une copie de la CNI par personne pouvant récupérer l'enfant

**DOCUMENTS A FOURNIR**

**OBLIGATOIRE**

- Avis d'imposition       Une copie des pages de vaccinations du carnet de santé, pour chaque enfant

**SI BESOIN**

- Ordonnances récentes (en cours)       Médicaments correspondants avec boîte d'origine, notice d'utilisation et nom de l'enfant marqué dessus       Un PAI

**ADHÉSION**

Le réseau Môm'Artre est une association loi 1901. A ce titre, pour bénéficier des activités qu'elle propose, vous devez en être membre et vous acquitter d'une adhésion.

Son montant est de 30€ par famille, ramené à 10€ pour les familles aux tarifs 1 et 2. Elle vous sera demandée lors de la première facture.

**PARTICIPEZ À NOTRE ACTION**

Rejoignez le Réseau Môm'artre, une association à but non lucratif oeuvrant dans l'économie sociale et solidaire avec une vocation sociale.

- Donnez de votre temps : devenez bénévole et aidez à diffuser nos informations.
- Soutenez-nous financièrement : faites un don.
- Partagez vos compétences.