

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 (Parent 1) :

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 :

SITUATION FAMILIALE

Marié / Vie Maritale Monoparentale Divorcé / Séparé

EMPLOI

En emploi à temps complet En emploi à temps partiel Au chômage Inactif

À REMPLIR PAR L'ÉQUIPE DE MÔM'ARTRE

Enfant de salarié 2 enfants et plus Réussite Éducative Grande Exclusion
 A remis une copie de la feuille d'imposition pour chaque foyer fiscal

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 :

LES ENFANTS *Enfant 1 :***IDENTITÉ**

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : Féminin Masculin**JOURS D'INSCRIPTIONS SOUHAITÉS** Lundi Mardi Mercredi Matin Mercredi Après-midi Jeudi Vendredi**INSCRIPTIONS VACANCES SOUHAITÉS** Vacances de la Toussaint Vacances de Noël Vacances d'hiver Vacances de printemps
 Vacances d'été (6 - 10/07) Vacances d'été (13 - 17/07) Vacances d'été (24 - 28/08)**INFORMATIONS SANITAIRES**

MÉDECIN TRAITANT Nom : Numéro de téléphone :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (*Protocole d'Accueil Individualisé*) : Oui NonAllergies : 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**À REMPLIR PAR L'ÉQUIPE DE MÔM'ARTRE**

- A remis une copie du PAI (*Protocole d'Accueil Individualisé*) si nécessaire
- A remis une copie des pages de vaccination du carnet de santé faisant bien apparaître nom et prénom ou certificat de contre-indication à la vaccination

LES ENFANTS *Enfant 2 :***IDENTITÉ**

Nom : Prénom :

Date de naissance : Sexe : Féminin Masculin**JOURS D'INSCRIPTIONS SOUHAITÉS** Lundi Mardi Mercredi Matin Mercredi Après-midi Jeudi Vendredi**INSCRIPTIONS VACANCES SOUHAITÉS** Vacances de la Toussaint Vacances de Noël Vacances d'hiver Vacances de printemps
 Vacances d'été (6 - 10/07) Vacances d'été (13 - 17/07) Vacances d'été (24 - 28/08)**INFORMATIONS SANITAIRES**

MÉDECIN TRAITANT Nom : Numéro de téléphone :

Votre enfant bénéficie-t-il d'un PAI (*Protocole d'Accueil Individualisé*) : Oui NonAllergies : 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**À REMPLIR PAR L'ÉQUIPE DE MÔM'ARTRE**

- A remis une copie du PAI (*Protocole d'Accueil Individualisé*) si nécessaire
- A remis une copie des pages de vaccination du carnet de santé faisant bien apparaître nom et prénom ou certificat de contre-indication à la vaccination

AUTORISATIONS

Je soussigné

Responsable légale de

Autorise mon/mes enfants inscrits 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, pour usage interne sur les supports de l'association (papier, numériques, réseaux sociaux) : Oui Non

Autorise l'association à exposer les œuvres de mon/mes enfants : 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 organisée 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 2 :

IDENTITÉ

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

SITUATION FAMILIALE

Marié / Vie Maritale Monoparentale Divorcé / Séparé

ADRESSE

Code postal : Ville : Numéro de voie :

Voie : Complément :

COORDONÉES DE CONTACT

Téléphone fixe : Téléphone portable :

Email :

EMPLOI

En emploi à temps complet En emploi à temps partiel Au chômage Inactif

PERSONNES POUVANT RÉCUPÉRER L'ENFANT

Je soussigné

responsable légale de

accepte que ces personnes puissent venir chercher mon (mes) enfants :

PERSONNE 1

Nom : Prénom :

Majeur.e Mineur.e Téléphone portable :

PERSONNE 2

Nom : Prénom :

Majeur.e Mineur.e Téléphone portable :

LA PIÈCE D'IDENTITÉ SERA DEMANDÉ À CHAQUE PERSONNE MENTIONNÉE

Signature :

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).

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 et celles qui s'inscrivent uniquement aux stages d'été. Elle vous sera demandée lors de la première facture.

PARTICIPEZ À NOTRE ACTION

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

- Donnez de votre temps : devenez bénévole
- Aidez-nous à diffuser nos informations
- Partagez vos compétences

SOUTENEZ-NOUS, FAITES UN DON !



Les informations enregistrées sont réservées à l'usage de l'association et ne seront pas communiquées à d'autres destinataires. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en s'adressant à l'association.

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