

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 ☐ 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

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 ☐ 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

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