

Civilité : Nom du représentant légal 1 Prénom :

Qualité : père Mère Autre :

Adresse

Code postal Ville :

Tél portable : Email :

Profession : Employeur : Tél Travail :

Situation : Célibataire Marié(e) séparé(e) autre :

N° de Sécurité Sociale :

Régime : CAF : MSA : Autre : Quotient familial:

Civilité : Nom du représentant légal 2 Prénom :

Qualité : père Mère Autre :

Adresse

Code postal Ville :

Tél portable : Email :

Profession : Employeur : Tél Travail :

Situation : Célibataire Marié(e) séparé(e) autre :

N° de Sécurité Sociale :

ACCOMPAGNANTS			
J'autorise les personnes suivantes à venir chercher mon (mes) enfants(s) à l'école			
NOM	Prénom	Lien de parenté	Numéro de téléphone

<p>Fille : <input type="checkbox"/> Garçon : <input type="checkbox"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :/...../.....</p> <p>Date Vaccin DTP Polio :</p> <p>Médecin traitant :</p> <p>Tel :</p> <p>En cas d'hospitalisation, y a t-il des contre indications médicales? oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>	<p>↔ Traitement médical en cours : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui lequel.....</p> <p>↔ Dispensé de sport : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>↔ Problème de vue : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>↔ Problèmes d'audition : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>↔ Est suivi par un orthophoniste : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>↔ Allergies : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui lesquelles :.....</p> <p>.....</p> <p>↔ PAI (Projet d'accueil individualisé en cas de problème médical important) : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>.</p>
--	--

<p>Si oui lesquels</p> <p>Autres informations à connaître :</p> <p>.....</p>	<p>↔ Régime alimentaire particulier : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lesquels :</p> <p>.....</p>
<p>Fille : <input type="checkbox"/> Garçon : <input type="checkbox"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :/...../.....</p> <p>Date Vaccin DTP Polio :</p> <p>Médecin traitant :</p> <p>Tel :</p> <p>En cas d'hospitalisation, y a t-il des contre indications médicales? oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lesquels</p> <p>Autres informations à connaître :</p> <p>.....</p>	<p>↔ Traitement médical en cours : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lequel.....</p> <p>↔ Dispensé de sport : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>↔ Problème de vue : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>↔ Problèmes d'audition : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>↔ Est suivi par un orthophoniste : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>↔ Allergie : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lesquelles :</p> <p>↔ PAI (Projet d'accueil individualisé en cas de problème médical important) : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>.</p> <p>↔ Régime alimentaire particulier : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lesquels :</p> <p>.....</p>
<p>Fille : <input type="checkbox"/> Garçon : <input type="checkbox"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :/...../.....</p> <p>Date Vaccin DTP Polio :</p> <p>Médecin traitant :</p> <p>Tel :</p> <p>En cas d'hospitalisation, y a t-il des contre indications médicales? oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lesquels</p> <p>Autres informations à connaître :</p> <p>.....</p>	<p>↔ Traitement médical en cours : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lequel.....</p> <p>↔ Dispensé de sport : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>↔ Problème de vue : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>↔ Problèmes d'audition : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>↔ Est suivi par un orthophoniste : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>↔ Allergie : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lesquelles :</p> <p>↔ PAI (Projet d'accueil individualisé en cas de problème médical important) : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>.</p> <p>↔ Régime alimentaire particulier : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lesquels :</p> <p>.....</p>

Rappel : pour des raisons de sécurité évidentes, il est formellement interdit aux élèves d'apporter des médicaments à l'école. En cas de prescriptions médicales, l'ordonnance et les médicaments doivent être remis à l'éducateur.

Scolarité de vos enfants

Prénom de l'enfant	Choix de scolarité	Périscolaire
	1/2 journée <input type="checkbox"/> journée <input type="checkbox"/>	Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>
	1/2 journée <input type="checkbox"/> journée <input type="checkbox"/>	Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>
	1/2 journée <input type="checkbox"/> journée <input type="checkbox"/>	Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>
	1/2 journée <input type="checkbox"/> journée <input type="checkbox"/>	Matin <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/>

Je soussigné..... déclare avoir pris connaissance, accepter et respecter le règlement intérieur de l'école « le petit Monde de Montessori » et :

Autorise mon enfant à participer aux différentes activités et sorties organisées par l'école : oui Non

Autorise l'association à faire transporter mon enfant pour les besoins des activités de l'école par des moyens de transports collectifs (cars, bus, train....) : oui Non

Autorise l'école à reproduire des photos de mes enfants dans le cadre des activités de l'association et pour la presse : oui Non

Autorise l'école à utiliser des photos de mes enfants sur le site internet : oui Non

Autorise l'école à donner des granules d'Arnica en cas de blessures dûes à un coup : oui Non

Décharge l'école de toute responsabilité en cas d'accident qui pourrait survenir avant la venue et après le départ de l'école.

Autorise l'école en cas d'urgence et si aucun représentant légal n'a pu être joint, à faire hospitaliser mon enfant et faire pratiquer les interventions urgentes si nécessaire.

M'engage à rembourser les honoraires médicaux et pharmaceutiques avancés par l'écoles en raison des soins engagés.

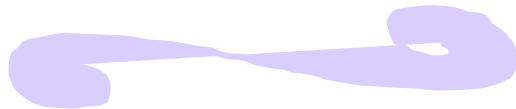
Certifie exact les renseignements portés sur le présent formulaire.

NOM du représentant légal : Prénom :Date:/..../2018

Signature :

Pièces à fournir à l'inscription

- Attestation d'assurances scolaires pour l'année scolaire 2018/2019
- Photocopies vaccins
- 1 Photo d'identité
- Attestation CAF avec montant du quotient familial (le cas échéant, la copie de l'avis d'imposition du responsable légal).
- 1 chèque d'adhésion à l'association (à remplir le jour de la pré inscription ou de l'inscription)
- 1 chèque de règlement des droits d'inscription : 1er mois de scolarité + frais d'inscription (voir grille tarifaire)



Liste des fournitures pour la rentrée

- Une paire de chausson
- Un change complet selon la saison
- Un gilet
- Mouchoirs en tissus
- Une serviette de table
- Une brosse à dent
- Un drap 1 personne pour la sieste

Merci de marquer les affaires aux noms de vos enfants.