



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 :
.....
.....

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 :
.....
.....

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>Lieu de naissance : Dept :</p> <p>Date Vaccin DTP</p> <p>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>Ancienne école :</p> <p>Autres informations à connaître :.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Traitement médical en cours : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui lequel.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dispensé de sport : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Problème de vue : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Problèmes d'audition : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Est suivi par un orthophoniste : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Est suivi par un /d' autre(s) spécialiste(s) :</p> <p><input type="checkbox"/> Allergies ² : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui lesquelles :</p> <p><input type="checkbox"/> PAI (Projet d'accueil individualisé en cas de problème médical important) : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>.</p> <p><input type="checkbox"/> Régime alimentaire particulier : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui lesquels :.....</p> <p>² En cas d'allergies reconnues il est impératif de fournir l'ordonnance médicale afin d'établir un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).</p>
---	--

Fille : Garçon :

Nom :

.....
.....

Prénom :

.....
.....

Date de naissance :/...../.....

Lieu de naissance : Dept :

.....

Date Vaccin DTP

Polio :

Médecin traitant :

.....

Tel :

En cas d'hospitalisation, y a-t-il des contre-indications
médicales? oui Non

Si oui lesquels

.....

Ancienne école :

.....

Autres informations à

connaître :

.....

.....

Traitement médical en cours : oui Non

Si oui

lequel.....

Dispensé de sport : oui Non

Problème de vue : oui Non

Problèmes d'audition : oui Non

Est suivi par un orthophoniste : oui Non

Est suivi par un /d' autre(s) spécialiste(s) :

.....
.....

Allergies ² : oui Non

Si oui lesquelles :

.....
.....

PAI (Projet d'accueil individualisé en cas de problème
médical important) : oui Non .

Régime alimentaire particulier : oui Non

Si oui lesquels :

.....
.....

² En cas d'allergies reconnues il est impératif de fournir l'ordonnance
médicale afin d'établir un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).

Rappel : Il est formellement interdit aux élèves d'apporter des médicaments à l'école. Nous n'avons pas la possibilité de donner de traitement médical aux enfants dans la journée, merci d'indiquer au médecin de préférer un traitement matin et soir dans la mesure du possible. Dans le cas contraire, nous pourrions être amenés à vous demander de vous déplacer pour administrer le traitement à votre enfant dans la journée.

<p>Fille : <input type="checkbox"/> Garçon : <input type="checkbox"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :/...../.....</p> <p>Lieu de naissance : Dept :</p> <p>Date Vaccin DTP</p> <p>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>Ancienne école :</p> <p>Autres informations à connaître :.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Traitement médical en cours : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lequel.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dispensé de sport : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Problème de vue : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Problèmes d'audition : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Est suivi par un orthophoniste : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Est suivi par un /d' autre(s) spécialiste(s) :</p> <p><input type="checkbox"/> Allergies ² : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lesquelles :</p> <p><input type="checkbox"/> PAI (Projet d'accueil individualisé en cas de problème médical important) : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>.</p> <p><input type="checkbox"/> Régime alimentaire particulier : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lesquels :.....</p> <p><small>² En cas d'allergies reconnues il est impératif de fournir l'ordonnance médicale afin d'établir un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).</small></p>
--	--

<p>Fille : <input type="checkbox"/> Garçon : <input type="checkbox"/></p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>Date de naissance :/...../.....</p> <p>Lieu de naissance : Dept :</p> <p>Date Vaccin DTP</p> <p>Polio :.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Traitement médical en cours : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lequel.....</p> <p><input type="checkbox"/> Dispensé de sport : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Problème de vue : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Problèmes d'audition : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Est suivi par un orthophoniste : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Est suivi par un /d' autre(s) spécialiste(s) :</p> <p><input type="checkbox"/> Allergies ² : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lesquelles :</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>Ancienne école :</p> <p>Autres informations à connaître :.....</p>	<p><input type="checkbox"/> PAI (Projet d'accueil individualisé en cas de problème médical important) : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>.</p> <p><input type="checkbox"/> Régime alimentaire particulier : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lesquels :.....</p> <p>² En cas d'allergies reconnues il est impératif de fournir l'ordonnance médicale afin d'établir un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).</p>
--	--

Rappel : Il est formellement interdit aux élèves d'apporter des médicaments à l'école. Nous n'avons pas la possibilité de donner de traitement médical aux enfants dans la journée, merci d'indiquer au médecin de préférer un traitement matin et soir dans la mesure du possible. Dans le cas contraire, nous pourrions être amenés à vous demander de vous déplacer pour administrer le traitement à votre enfant dans la journée.

Scolarité de vos enfants

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

¹ Les inscriptions à la 1/2 journée ne sont possibles que pour la 1ère année de scolarité (enfants dans l'année de leurs 3 ans uniquement).

Je/Nous soussigné(s)
déclare/ons 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 dues 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'école en raison des soins engagés.

Certifie exact les renseignements portés sur le présent formulaire.

NOM du représentant légal : **Prénom :** **Date:** / /

Signature :

Pièces à fournir à l'inscription, en accompagnement de la présente fiche

- Attestation d'assurance scolaire pour l'année scolaire 2021/2022. (avant la rentrée)
- Photocopies de vaccins.
- 1 Photo d'identité.
- Fiche de besoin en garderie.
- Fiche d'adhésion à l'association.
- 1 chèque d'adhésion à l'association pour l'année 2021/2022. (voir règlement intérieur)
- 1 chèque d'inscription égale à 20 % des frais de scolarité. (voir règlement intérieur).
- 1 chèque de caution d'un mois de scolarité (non encaissé).