



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 :  
.....  
.....

**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><b>Nom :</b> ..... .....</p> <p><b>Prénom :</b> ..... .....</p> <p>Date de naissance : ...../...../.....</p> <p>Lieu de naissance : ..... Dept : .....</p> <p>Date Vaccin <b>DTP</b></p> <p><b>Polio :</b>.....</p> <p><b>Médecin traitant :</b> .....</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 style="padding-left: 40px;">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 <sup>2</sup> : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">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 style="padding-left: 40px;">Si oui lesquels :..... .....</p> <p><small><sup>2</sup> 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><b>Nom :</b> ..... .....</p> <p><b>Prénom :</b> ..... .....</p> <p>Date de naissance : ...../...../.....</p> <p>Lieu de naissance : ..... Dept : .....</p>	<p><input type="checkbox"/> Traitement médical en cours : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 40px;">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>Date Vaccin DTP</p> <p><b>Polio</b> : .....</p> <p><b>Médecin traitant</b> :</p> <p>.....</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>.....</p> <p>Ancienne école :</p> <p>.....</p> <p>Autres informations à connaître : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Est suivi par un /d' autre(s) spécialiste(s) :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Allergies <sup>2</sup> : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lesquelles :</p> <p>.....</p> <p>.....</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>.....</p> <p>.....</p> <p><sup>2</sup> 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.**

<p>Fille : <input type="checkbox"/> Garçon : <input type="checkbox"/></p> <p><b>Nom</b> :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><b>Prénom</b> :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Date de naissance : ...../...../.....</p> <p>Lieu de naissance : ..... Dept :</p> <p>.....</p> <p>Date Vaccin DTP</p> <p><b>Polio</b> : .....</p> <p><b>Médecin traitant</b> :</p> <p>.....</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><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>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Allergies <sup>2</sup> : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lesquelles :</p> <p>.....</p> <p>.....</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>Si oui lesquels .....</p> <p>Ancienne école : .....</p> <p>Autres informations à connaître :..... ..... .....</p>	<p><input type="checkbox"/> Régime alimentaire particulier : oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui lesquels :..... .....</p> <p><sup>2</sup> En cas d'allergies reconnues il est impératif de fournir l'ordonnance médicale afin d'établir un PAI (Projet d'Accueil Individualisé).</p>
<p>Fille : <input type="checkbox"/> Garçon : <input type="checkbox"/></p> <p><b>Nom :</b> ..... .....</p> <p><b>Prénom :</b> ..... .....</p> <p>Date de naissance : ...../...../.....</p> <p>Lieu de naissance : ..... Dept : .....</p> <p>Date Vaccin <b>DTP</b></p> <p><b>Polio :</b>.....</p> <p><b>Médecin traitant :</b> .....</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 <sup>2</sup> : 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><sup>2</sup> 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 <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> journée <input type="checkbox"/>
	1/2 journée <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> journée <input type="checkbox"/>
	1/2 journée <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> journée <input type="checkbox"/>
	1/2 journée <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> journée <input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> 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.

Déclare devenir membre de l'association Le Petit Monde de Montessori, je reconnais l'objet de l'association, et en accepte les statuts ainsi que le règlement intérieur qui sont mis à ma disposition dans les locaux de l'association. J'ai pris bonne note des droits et devoirs des membres de l'association, ma cotisation pour l'année en cours est de 30€ (compris dans le tarif annuel de l'école et valable du 1er août au 31 juillet de l'année suivante).

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 2023/2024. (avant la rentrée)
  
- Photocopies de vaccins.
  
- 1 Photo d'identité.
  
- Fiche de besoin en garderie.
  
- 1 chèque d'inscription ou virement égal à 2 mois de scolarité (voir règlement intérieur).
  
- 1 chèque de caution d'un mois de scolarité (non encaissé).



# FICHE D'INSCRIPTION ANNÉE SCOLAIRE 2023/2024



## Inscription garderie Année 2023/2024

### 1) Besoins en garderie fixes

Pour le bon fonctionnement de la garderie, nous vous remercions de nous indiquer vos besoins de gardes complémentaires aux horaires de classe dans le tableau ci-dessous.

Nom et prénom de l'enfant	lundi		mardi		jeudi		vendredi	
	Heure arrivée matin	Heure départ soir	Heure arrivée matin	Heure départ soir	Heure arrivée matin	Heure départ soir	Heure arrivée matin	Heure départ soir

Pour toute annulation d'un besoin de garderie indiqué dans ce tableau, merci de prévenir 48 heures à l'avance au plus tard sur le numéro de téléphone de l'école (**07-44-40-60-07**), dans le cas contraire, le temps de garderie sera décompté.

### 2) Besoins en garderie aléatoires

Si vos besoins en garderie ne sont pas fixes, merci de nous expliquer au mieux votre situation si vous pensez faire appel à la garderie durant l'année scolaire.

.....

.....

.....

### 3) Précisions sur le fonctionnement : Les cartes garderies

La garderie fonctionne par cartes comprenant un lot de 5 ou 10 heures qui seront réglées à l'avance. A raison de 5€ par heure de garde, par enfant.

Le décompte du temps de garderie se fera par tranche de 30 minutes. Chaque demi-heure commencée sera décomptée de la carte.

Sur la carte garderie, vous trouverez le nom de votre enfant (une carte par enfant) ainsi que les jours et horaires où les temps de garderie ont été effectués et le nom de la personne en charge.

Pour toute demande de garderie, **en cas d'annulation**, prévenir sur le numéro de téléphone de l'école (**07-44-40-60-07**) au moins 48h à l'avance. Dans le cas contraire, le temps de garde prévu initialement sera décompté de la carte garderie.

Le .../.../...

Signature