



# ASSOCIATION GARDERIE MOZART-LOTI

## Inscriptions 2019-2020

L'inscription ne sera effective que lorsque le dossier complet sera restitué. Les dossiers incomplets seront refusés  
-> merci de collecter toutes les pièces avant de le déposer.

**Le règlement intérieur 2019-2020 sera validé à l'Assemblée Générale de juin 2019. Pour le moment, la version en vigueur est celle validée le 26 juin 2018.**

Le dossier doit être rempli au nom du parent référent = celui qui sera facturé (si possible même nom que l'enfant).

**Le dossier est à rendre pour le 15 juillet 2019 pour pouvoir inscrire les enfants en périscolaire pour septembre 2019.**

Les chèques sont à libeller à l'ordre de "Association garderie Mozart-Loti".

### TARIFS

Adhésion à l'association	35 € uniquement à la première inscription
Cotisation annuelle pour les Lambersartois	30 € pour le 1er enfant + 20 € pour le 2ème + 10 € pour les suivants
Cotisation annuelle pour les non Lambersartois	45 € pour le 1er enfant + 20 € pour le 2ème + 10 € pour les suivants
Chèque(s) de caution	75 € par enfant
Tarifification des prestations	fonction du quotient familial (cf. grille tarifaire)

*En cas de non communication du quotient familial, le tarif le plus élevé sera appliqué.*

<b>ELEMENTS COMPLETES ET SIGNES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION</b>	<b>1 par famille</b>	<b>1 par enfant</b>		<b>réservé à la garderie</b>
Fiche d'inscription	x		<i>remplissage informatique possible</i>	
Fiche sanitaire + copie du carnet de santé (vaccins)		x	<i>remplissage informatique possible</i>	
Photo récente de l'enfant		x		
Justificatif de domicile de moins de 4 mois	x		<i>tarifs majorés pour les non lambersartois</i>	
Attestation CAF de quotient familial 2019	x		<i>ou avis d'imposition si non allocataire</i>	
Autorisation de prélèvement	x			
RIB	x			
Attestation de responsabilité civile pour les activités <u>extrascolaires</u>	x		<i>pour la période 2019-2020</i>	
Chèque(s) de caution		x	<i>fonction du nombre d'enfants inscrits dossier reçu le / /2019 par</i>	

### INSCRIPTION

Je soussigné \_\_\_\_\_ parent référent de \_\_\_\_\_

- accepte les dispositions du présent bulletin d'adhésion et du règlement intérieur de la structure ;

- ai porté ces dispositions à la connaissance du second parent ;

- ai donné au moins une adresse mail valide, l'association communiquant essentiellement par mail ;

- ai bien noté que :

- en cas de première adhésion, le montant d'adhésion sera prélevé directement sur mon compte, à savoir : - €

- le montant de la cotisation annuelle sera prélevé directement sur mon compte, à savoir : - €

- les factures sont envoyées par mail à la fin du mois suivant ;

- mes enfants ne peuvent être accueillis que si leur présence a été prévue auprès de la direction de la garderie (coupons mensuels à rendre le 15 du mois précédent, cf. règlement intérieur).

- autorise mon enfant à participer aux sorties organisées par l'équipe ;

- donne l'autorisation de filmer, enregistrer, photographier mes enfants, aux fins d'utilisation par la structure pour une éventuelle communication auprès des parents. Dans le cas contraire, cocher la case

- autorise les personnes ci-après à récupérer mes enfants à la garderie (préciser nom + lien avec l'enfant) :

-  
-  
-

Date :

Signature :

<b>Représentant légal de l'enfant = personne à facturer ("parent réfèrent")</b>	Nom Prénom	
	Lien de parenté	
	Adresse	
	Code postal	
	Ville	
	Téléphone	
	Mail	
<b>Autre représentant légal</b>	Nom Prénom	
	Lien de parenté	
	Adresse	
	Code postal	
	Ville	
	Téléphone	
	Mail	
<b>Adresse mail pour l'envoi des factures (par défaut celle du parent réfèrent)</b>		
<b>Situation familiale des parents (mode de garde à préciser, le cas échéant)</b>		
<b>ENFANT 1</b>	Nom Prénom	
	Date de naissance	
	Classe rentrée 2019	
	Ecole	
<b>ENFANT 2</b>	Nom Prénom	
	Date de naissance	
	Classe rentrée 2019	
	Ecole	
<b>ENFANT 3</b>	Nom Prénom	
	Date de naissance	
	Classe rentrée 2019	
	Ecole	
<b>ENFANT 4</b>	Nom Prénom	
	Date de naissance	
	Classe rentrée 2019	
	Ecole	

# AUTORISATION DE PRELEVEMENT

J'autorise l'Etablissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si sa situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'Etablissement teneur du compte. Je réglerai le différénd directement avec le créancier.

<u>NOM PRENOM ET ADRESSE DU DEBITEUR</u>	
Nom :	
Adresse :	
CP Ville :	

<u>IDENTIFIANT DE CREANCIER SEPA</u>
FR18ZZZ529209

<u>NOM ET ADRESSE DU CREANCIER</u>
Nom : Association Garderie Mozart Loti
Adresse : 12 rue Louis Bréguet
CP Ville : 59130 LAMBERSART

<u>COMPTE A DEBITER</u>
<b>IBAN</b>
<b>BIC</b>

<u>NOM ET ADRESSE ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER</u>	
Nom :	
Adresse :	
CP Ville :	

Date :

Signature :

# FICHE SANITAIRE DE LIAISON 2019-2020

ENFANT	
NOM Prénom	
Date de naissance	
Classe	
Ecole	
Taille	(utile pour certaines activités)

REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT	
NOM Prénom	
Adresse	
Téléphone	
Adresse mail	
n° sécurité sociale	

PERSONNES A JOINDRE EN CAS D'URGENCE	
NOM Prénom	
Lien de parenté	
Adresse	
Téléphone 1	
Téléphone 2	
NOM Prénom	
Lien de parenté	
Adresse	
Téléphone 1	
Téléphone 2	
NOM Prénom	
Lien de parenté	
Adresse	
Téléphone 1	
Téléphone 2	

INFORMATION RELATIVES AUX VACCINATIONS OBLIGATOIRES OU A LEURS CONTRE-INDICATIONS (JOINDRE COPIE PAGES VACCINS DU CARNET DE SANTE)			
vaccins obligatoires	date du vaccin ou dernier rappel	vaccins recommandés	date du vaccin ou dernier rappel
Diphthérie		BCG	
Tétanos		Hépatite B	
Poliomyélite ou DT polio		Rubéole	
ou Tetracoq		Coqueluche	
		autre (préciser)	

Joindre un certificat médical de contre-indication du vaccin dans le cas où l'enfant n'a pas été immunisé par les vaccins obligatoires.

MALADIES DEJA DECLAREES (oui/non)	
Rubéole	
Varicelle	
Angine	
Rhumatisme articulaire aigu	
Scarlatine	
Coqueluche	
Otite	
Rougeole	
Oreillons	

ALLERGIES (oui/non)	
Asthme	
Allergies médicamenteuses	
Allergies alimentaires	
Autres	
--> le cas échéant, FOURNIR LE PAI établi pour l'école	
Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir :	

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX, MEDICAUX, OU AUTRES ELEMENTS D'ORDRE MEDICAL SUSCEPTIBLES D'AVOIR DES REPERCUSSIONS SUR LE DEROULEMENT DE L'ACCUEIL :

MEDECIN TRAITANT	
Nom	Docteur
Adresse	
Téléphone	

Je soussigné \_\_\_\_\_ responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la garderie à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

Remarques éventuelles :

--

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_