

Fondettes, le 01 juin 2017

Chers Parents,

Nous vous prions de trouver ci-joint le dossier d'inscription pour l'année scolaire 2017/2018 **à retourner avant le 21 juillet 2017.**

Pour le dépôt des dossiers, la Mômeerie est ouverte tout l'été (horaires de bureau 15h00-18h30).

L'inscription deviendra effective dès **réception du dossier complet**. Un mot de passe vous sera alors communiqué pour accéder aux préinscriptions mensuelles en ligne.

**Les dossiers incomplets ou déposés dans la boîte aux lettres ne seront ni acceptés ni traités.** Seuls les enfants dont le dossier sera complet seront accueillis à la Mômeerie.

**La rentrée scolaire** est fixée à la date du lundi 4 septembre.

**Attention** : Il n'y aura pas d'accueil le matin de la rentrée scolaire. Mais nous assurerons bien évidemment l'accueil du soir.

Nous vous rappelons :

- **l'obligation d'inscrire vos enfants** en périscolaire ou extrascolaire. **L'absence d'information** concernant l'inscription de vos enfants pourra conduire au refus de leur prise en charge pour des raisons de capacité d'accueil de la structure (200 enfants maximum) et de législation liée aux taux d'encadrement.
- **l'importance d'accompagner vos enfants et de vérifier la présence des animateurs** sur les sites d'accueil des matins ainsi que dans les locaux de la Mômeerie, les mercredis et vacances scolaires (cf. règlement intérieur) et ce encore plus les jours d'intempéries.

Vous souhaitant de belles vacances,

Bien cordialement.

Christine Frère  
Directrice

# LA MÔMERIE

## DOSSIER D'INSCRIPTION FAMILLE

Année scolaire  
2017 - 2018

NOM : .....

Code comptable : 4110.....

N° allocataire CAF : .....

Quotient Familial : 2017 : .....

2018 : .....

Complet     Enregistré     Mot de Passe

### Enfants :

NOM	Prénom	Ecole	Classe	Age	APS	Mercredi	Vacances
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PERE** :  Marié     Vie maritale     Pacsé     Célibataire     Divorcé     Veuf

NOM :

Prénom :

Adresse :	
Code postal :	Ville :
Courriel :	
☎ Domicile :	☎ Portable :
Profession :	☎ Travail :

**MERE** :  Mariée     Vie maritale     Pacsée     Célibataire     Divorcée     Veuve

NOM :

Prénom :

Adresse : (à préciser si différente)	
Code postal :	Ville :
Courriel :	
☎ Domicile :	☎ Portable :
Profession :	☎ Travail :

## Couverture Sociale :

- Régime Général et Fonctionnaire
- MSA

## Personnes autorisées à prendre les enfants (indiquer N° de téléphone) :

NOM - Prénom	N° de téléphone

## Autorisations parentales

*Je soussigné(e) Madame, Monsieur :*

- Autorise(nt) leur(s) enfant(s) à participer aux différentes sorties organisées à l'extérieur de la structure.
- Autorise(nt) les responsables de la structure à consulter leur dossier allocataire CAF tout en respectant la confidentialité.
- Autorise(nt) la prise de vue ainsi que la publication de l'image sur les différents supports de communication tout en respectant l'anonymat.
- S'engage (nt) à inscrire leur(s) enfant(s) préalablement et à régler leur(s) facture(s) à réception.
- Certifie(nt) avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepter dans son intégralité.

DATE

SIGNATURE « lu et approuvé »

## Documents à fournir :

- Copie de l'attestation d'assuré social où figure(nt) l'(les) enfant(s)
- Attestation d'assurance extra scolaire
- Fiche sanitaire de liaison + copie des vaccinations obligatoires
- Réservé à l'administration** Attestation CDAP (Consultation des Données Allocataires par les Partenaires)

## INFORMATIONS

Les tarifs sont établis à partir du barème fixé par la Caisse Nationale d'Allocations Familiales (CNAF) pour les familles relevant de la CAF Touraine.

La tarification sera calculée suivant un pourcentage (taux d'effort) du quotient familial référencé par la CNAF.

$$QF = \frac{\text{Ressources annuelles imposables} - \text{Abattements sociaux}}{12} + \text{Prestations Mensuelles}$$

Nombre de parts

Ce quotient familial sera revu chaque année.

La tarification sera calculée sur la base forfaitaire du tarif maximal :

- Si N° d'allocataire est erroné ou si le quotient familial est non connu des services de la CAF
- Pour les familles MSA

## TARIFICATION

### \* **Mercredi** - Tarifs en fonction du quotient familial CAF

Accueil : 4 formules possibles

- Journée complète de 9h à 16h30 (accueil échelonné dès 7h45 et jusqu'à 18h45)
- Demi-journée avec repas de 11h45 à 16h30 (accueil possible jusqu'à 18h45)
- Demi-journée sans repas de 13h30 à 16h30 (accueil possible jusqu'à 18h45)
- Forfait midi avec repas dès 11h45 (départ échelonné de 13h30-14 h00)

### \* **Vacances Scolaires** - Tarifs en fonction du quotient familial CAF

Accueil : 3 formules possibles

- Journée complète de 9h à 16h30 (accueil échelonné dès 7h15 et jusqu'à 18h30)
- Demi-journée sans repas de 7h15 à 11h45 (accueil possible jusqu'à 12h00)
- Demi-journée sans repas de 13h30 à 16h30 (accueil possible jusqu'à 18h30)

*Une demi-journée avec repas est facturée journée complète.*

### \* **Vacances d'été** - Tarifs en fonction du quotient familial CAF

Accueil à la semaine

- Journée complète de 9h à 16h30 (accueil échelonné dès 7h15, jusqu'à 18h30)

### \* **Accueil Péri Scolaire**

Matin : Tarif forfaitaire

Soir : Tarif forfaitaire (dont trajet bus + goûter fourni)

**Le dossier d'inscription est obligatoire et doit être complet dès le premier jour d'accueil de l'enfant. En l'absence des pièces indispensables au dossier, l'enfant ne sera pas accueilli.**

**Tout changement de situation familiale, résidence, téléphone etc. devra être transmis à la Directrice.**

**Si la capacité d'accueil autorisée par la Direction Départementale de la Cohésion Sociale est atteinte, toute nouvelle inscription sera mise sur liste d'attente.**

### Inscription Accueil Péri Scolaire (MATIN AVANT ET/OU APRES L'ECOLE)

### Une fiche par enfant

Je soussigné (e) M. ou Mme.....

Inscris mon enfant

Nom : ..... Prénom : .....

Ecole : ..... Classe : .....

**Fréquentation régulière** Merci de préciser les jours :

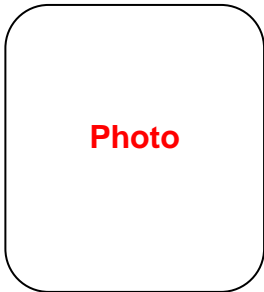
	Lundi	Mardi	Mercredi 7h15-8h30	Jeudi	Vendredi
Matin : 7h15-8h30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soir : 16h/16h30-18h45	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Je m'engage à respecter mon planning d'inscription pour l'année scolaire 2017/2018
- **Pour toute absence ou modification prévenir impérativement la Mômérie par tout moyen à ma convenance.**
- **J'ai bien noté que toute absence devra être signalée à la Mômérie, 2 jours ouvrés avant la fréquentation prévue, 18 heures dernier délai. Passé ce délai, la prestation sera facturée.**

**Fréquentation irrégulière** Inscription impérative via le site de la Mômérie

- Je m'engage à contacter la Mômérie pour inscrire mon enfant et m'assurer de sa prise en charge
- **J'ai bien noté que sans cette inscription, la Mômérie pourra refuser mon enfant et ne sera pas tenue responsable si mon enfant ne se présente pas.**
- **J'ai bien noté que toute absence devra être signalée à la Mômérie, 2 jours ouvrés avant la fréquentation prévue, 18 heures dernier délai. Passé ce délai, la prestation sera facturée.**

Date et signature :



# Accueil de loisirs la Môme

## 2017 / 2018

L'ENFANT

### FICHE SANITAIRE DE LIAISON

NOM : \_\_\_\_\_  
 PRÉNOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_  
 GARÇON  FILLE

#### 1 – VACCINATIONS (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
<b>Ou</b> DT polio				Autres (préciser)	
<b>Ou</b> Tétracoq					
BCG					

#### 2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	VARICELLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ANGINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÛ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	SCARLATINE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
COQUELUCHE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OTITE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	ROUGEOLE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	OREILLONS OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	

**ALLERGIES :** ASTHME oui  non  MEDICAMENTEUSES oui  non   
 ALIMENTAIRES oui  non  AUTRES .....

#### PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

.....  
 .....

**P.A.I.** (projet d'accueil individualisé) oui  non  (joindre le protocole, l'ordonnance et toutes les informations utiles)

.....  
 .....

**Pensez à renouveler les médicaments.**

#### INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE.**

.....  
 .....

**3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

REPAS SANS PORC: oui  non

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL :

DES LENTILLES : oui  non

DES LUNETTES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant.

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant.

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui  non  au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : qualité de peau, crème solaire)

.....  
.....  
.....

**4- AUTORISATIONS**

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui  non

J'autorise mon enfant à participer aux baignades : oui  non

**PERE**

**5 -RESPONSABLES DE L'ENFANT**

NOM .....PRÉNOM .....

ADRESSE.....

TÉL. FIXE : ..... PORTABLE : .....

BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT .....

**MERE**

NOM .....PRÉNOM .....

ADRESSE (si différente).....

TÉL. FIXE : ..... PORTABLE : .....

BUREAU : .....

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT .....

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

Date :

Signature :