

La Maison Saint Ho
64 bis, ave Raymond Poincaré – 75116 Paris

ANNEE 2015-2016

Classe :

ENFANT **GARCON** **FILLE**

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

LIEU DE NAISSANCE :

Nombre de frère(s) :.....de sœur(s)

ECOLE FREQUENTEE :

CATECHISME : à son école à la paroisse St Honoré d'Eylau autre
 précisez

J'inscris mon enfant le mercredi matin le mercredi après-midi
 Le mercredi toute la journée
 Après l'école le mardi et le vendredi



REPRESENTANT LEGAL DE L'ENFANT :


NOM du
 père.....Prénom

Profession.....Religion.....

Adresse du père

Code postal Ville

 fixe  mobile



 Courriel


NOM de la mère (si différent).....Prénom.....

Profession.....Religion.....

Adresse de la mère (si différente).....

Code postal..... Ville

 fixe  mobile

 Courriel
 (en majuscules)

Situation de famille : marié séparé autre

RECOMMANDATIONS DES PARENTS

L'enfant suit-il un traitement médical ? OUI NON
 Existe-t-il un projet d'accueil individualisé (PAI) ? OUI NON
 Si **OUI**, joindre le **PAI et/ ou l'ordonnance correspondante**, médicament(s) et notice(s) d'utilisation dans leur **emballage d'origine marqués au nom de l'enfant**.

Allergies

Asthme	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Médicamenteuses	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Alimentaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Autres	

Précisez la cause de l'allergie et la conduite à tenir (signaler si automédication) :

Autres recommandations :

N° de SECURITE SOCIALE auquel l'enfant est rattaché

VACCINATIONS : joindre **photocopies** des pages de vaccinations

Vaccins obligatoires	OUI	NON	Dates des derniers rappels	Vaccins recommandés	Dates
Diphtérie					
Tétanos					
Poliomyélite ou DT Polio					
ou Tétracoq					
BCG					

Si l'enfant n'a pas les vaccins obligatoires joindre un certificat médical de contre-indication.

TELEPHONE EN CAS D'URGENCE :

DOCUMENTS A PRESENTER A L'INSCRIPTION

ASSURANCE extra – scolaire 2014-2015 OUI NON

Joindre **photocopie** avec nom de la compagnie, n° de contrat, date de validité

La Maison Saint Ho est responsable de votre enfant le mercredi :

Heure d'arrivée de l'enfant :
 Heure de départ :

Pour les enfants suivant le catéchisme paroissial, ils sont sous la responsabilité de la paroisse de 16h30 à 18h30.

En dehors de cet horaire, votre enfant est sous votre responsabilité.

Votre enfant rentre- il seul chez lui ? oui non
 Sinon, quelles sont les personnes habilitées à venir le chercher :

Autorisez-vous votre enfant à faire une sortie ? oui non
 Autorisez-vous la Maison Saint Ho à se servir des photos où pourrait figurer votre enfant ? oui non

PARTICIPATION pour l'année 2015-2016 :

LE MERCREDI

Journée : 490 € solidarité :

Matin : 270 € solidarité :

Après-midi : 330 € solidarité :

2^{ème} enfant : journée : 400€ - Matin : 200€ - Après-midi : 270€

3^{ème} enfant : journée : 300€ - Matin : 170€ - Après-midi : 110€

Tarif aménagé sur présentation de la feuille d'imposition :

150€ pour la journée, 100€ pour l'après-midi.

LE MARDI ET LE VENDREDI DE 15H30 A 18H30 sous condition qu'il y est 10 enfants inscrits minimum

2 après-midi : 450 € par enfant 1 après-midi : 240 € par enfant

Chèque à l'ordre « La Maison Saint Ho » Espèces

Possibilité de 3 chèques

Banque :

N° de chèque (s) :

INDIQUER CI-APRES :

Les **difficultés de santé** (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et **les précautions à prendre.**

.....

VOTRE ENFANT A-T-IL EU LES MALADIES SUIVANTES :

RUBEOLE OUI NON VARICELLE OUI NON

COQUELUCHE OUI NON ANGINE OUI NON

ROUGEOLE OUI NON OREILLONS OUI NON

SCARLATINE OUI NON OTITE OUI NON

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU OUI NON

RECOMMANDATIONS UTILES DES PARENTS

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc...

précisez

MEDECIN TRAITANT (Facultatif)

NOM : 

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e),.....**responsable de l'enfant**, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la **Maison Saint-Honoré** à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant.

Date

Signature d'un ou des parents