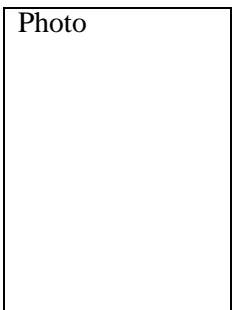


La Maison Saint Ho
64 bis, ave Raymond Poincaré – 75116 Paris

ANNEE 2016-2017

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 lundi le jeudi

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 NON
 Médicamenteuses OUI NON
 Alimentaires OUI NON
 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 |
|----------------------|-----|-----|----------------------------|---------------------|-------|
| Diptérie | | | | | |
| 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 2016-2017 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 entre 8h45 et 9h15 le matin, entre 11h30 et 12h00 s'il arrive à partir du déjeuner et entre 13h30 et 14h00 pour l'après-midi

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 2016-2017 :

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 LUNDI ET LE JEUDI DE 16H30 A 18H30

2 après-midi : 300 € par enfant 1 après-midi : 170 € par enfant

Tarif aménagé sur présentation de la feuille d'imposition

100€ pour une séance, 80€ pour 2 séances

Chèque à l'ordre « La Maison Saint Ho »

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.

Je m'engage à prévenir La Maison Saint-Ho en cas d'absence de mon enfant en téléphonant ou par SMS au 06 07 76 75 58 ou en envoyant un message à lamaisonsaintho@gmail.com

Date

Signature d'un ou des parents