MONTESSORI BILINGUE BORDEAUX RIVE DROITE
L'ECLOSION DES FLEURS

DOSSIER D'INSCRIPTION

VOTRE ENFANT

Nom : _____ **Prénom :** _____

Date de naissance : _____ **Sexe : M** ☐ **F** ☐

Ville de naissance : _____ **Pays de naissance :** _____

Langue(s) parlée(s) par l'enfant:_____

Adresse
Numéro : _____ **Rue :** _____

Code Postal : _____ **Ville :** _____

Téléphone : _____ **Téléphone portable :** _____

PARENTS / GARDIENS LEGAUX

1	2
Nom : _____ **Prénom :** _____	**Nom :** _____ **Prénom :** _____
Date de naissance : _____ **Sexe : M** ☐ **F** ☐	**Date de naissance :** _____ **Sexe : M** ☐ **F** ☐
Adresse : _____ _____	**Adresse :** _____ _____
Téléphone principal : _____	**Téléphone principal :** _____
Email : _____	**Email :** _____
Lien de parenté avec l'enfant : _____ _____	**Lien de parenté avec l'enfant :** _____ _____
Profession : _____	**Profession :** _____
Employeur : _____	**Employeur :** _____
Téléphone professionnel : _____	**Téléphone professionnel :** _____
Signature : _____	**Signature :** _____

Avec qui l'enfant vit-il : 1 ☐ **2** ☐

Concernant le droit de garde :
Il nous est important d'avoir une copie du droit de garde établi par le Juge des Affaires Familiales. Sans ce document nous ne pouvons nous assurer que votre enfant soit autorisé à partir avec les adultes ayant la responsabilité légale.

MONTESSORI BILINGUE BORDEAUX RIVE DROITE
L'ECLOSION DES FLEURS

FRERES & SOEURS

1er :
Nom : _____ **Prénom :** _____
Age : ___
Ecole fréquentée : _____ **Ville :** _____

2e :
Nom : _____ **Prénom :** _____
Age : ___
Ecole fréquentée : _____ **Ville :** _____

3e :
Nom : _____ **Prénom :** _____
Age : ___
Ecole fréquentée : _____ **Ville :** _____

4e :
Nom : _____ **Prénom :** _____
Age : ___
Ecole fréquentée : _____ **Ville :** _____

JE SOUHAITE INSCRIRE MON ENFANT

Année scolaire :	☐ **2020/2021**	☐ **2021/2022**	☐ **2022/2023**
Ambiance :	☐ **2/3 ans**	☐ **3/6 ans**	☐ **6/9 ans**
Nombre de jours :	**4 jours / semaine** ☐	☐ **2 jours* / semaine**	
uniquement les 2/3 ans	**lundi / mardi** ☐	☐ **jeudi / vendredi**	

REGLEMENT

En une fois ☐	**Mensuel :** 10 fois ☐ 12 fois ☐	**Trimestriel** ☐
Par chèque ☐ A joindre à l'inscription	**Par prélèvement automatique** ☐ 10 mensualités (mandat SEPA +2 chèques si 12 fois, à joindre à l'inscription)	

Parent/Représentant légal 1
Date et Signature

_____

Parent/Représentant légal 2
Date et Signature

_____

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Votre enfant a déjà été gardé :
par une crèche ☐ une assistante maternelle ☐ une personne extérieure à la famille ☐
autre ☐ _____

Comment cette expérience s'est-elle déroulée ?
_____
_____
_____

Votre enfant porte-t-il des couches ? Oui ☐ Non ☐ Lors de la sieste ☐

Votre enfant fait-il la sieste ? Oui ☐ Non ☐
_____
_____
_____

Y a-t-il eu des évènements exceptionnels dans la famille que vous souhaitez nous signaler ?_____
_____
_____

Votre enfant a-t-il des allergies ?_____
_____
_____

Votre enfant nécessite-t-il un suivi ou un traitement particulier ?
_____
_____
_____

Votre enfant a-t-il déjà eu un suivi psychologique ?
_____
_____
_____

Quels sont les intérêts de votre enfant ?
_____
_____
_____

Avez-vous des précisions à nous apporter pour nous permettre de mieux comprendre les besoins de votre enfant ?

_____

_____

_____

Pourquoi avez-vous choisi une éducation Montessori pour votre enfant ?
Qu'attendez-vous de cette éducation ?

_____

_____

_____

_____

Prévoyez-vous de suivre l'éducation Montessori de votre enfant pour la :

Maternelle ☐ Primaire ☐ Collège ☐

Votre enfant restera-t-il à la garderie ?

Du matin Oui ☐ ☐ Non A quelle heure arrivera-t-il à l'école ? _____

Du soir Oui ☐ ☐ Non Jusqu'à quelle heure ? _____

Fournirez-vous le repas de votre enfant ? Oui ☐ ☐ Non

MONTESSORI BILINGUE BORDEAUX RIVE DROITE
L'ECLOSION DES FLEURS

FICHE DE CONTACT EN CAS D'URGENCE

PARENT/REPRESENTANT LEGAL 1

Personnes à contacter : _____

Téléphone du domicile : _____

Téléphone professionnel : _____

Portable : _____

Relation avec l'enfant : _____

Adresse : _____

PARENT/REPRESENTANT LEGAL 2

Personnes à contacter : _____

Téléphone du domicile : _____

Téléphone professionnel : _____

Portable : _____

Relation avec l'enfant : _____

Adresse : _____

AUTRE PERSONNE A CONTACTER SI VOUS ETES INJOIGNABLES

Personnes à contacter : _____

Téléphone du domicile : _____

Téléphone professionnel : _____

Portable : _____

Relation avec l'enfant : _____

Adresse : _____

Date et signature de chacun des parents ou représentants légaux

	1	2	3
Date			
Signature			

MONTESSORI BILINGUE BORDEAUX RIVE DROITE
L'ECLOSION DES FLEURS

PERSONNES AUTORISEES A RECUPERER MON ENFANT

Nom et prénom de l'élève : _____ _____
Représentants légaux : _____

Les personnes suivantes sont autorisées à venir chercher mon enfant

Nom : _____ **Prénom :** _____

Relation avec l'enfant : _____ **Téléphone :** _____

N° Carte Identité/Passeport : _____

Nom représentant légal _____ **Signature** _____

Nom : _____ **Prénom :** _____

Relation avec l'enfant : _____ **Téléphone :** _____

N° Carte Identité/Passeport : _____

Nom représentant légal _____ **Signature** _____

Nom : _____ **Prénom :** _____

Relation avec l'enfant : _____ **Téléphone :** _____

N° Carte Identité/Passeport : _____

Nom représentant légal _____ **Signature** _____

Nom : _____ **Prénom :** _____

Relation avec l'enfant : _____ **Téléphone :** _____

N° Carte Identité/Passeport : _____

Nom représentant légal _____ **Signature** _____

Nom : _____ **Prénom :** _____

Relation avec l'enfant : _____ **Téléphone :** _____

N° Carte Identité/Passeport : _____

Nom représentant légal _____ **Signature** _____

***NB* : Ces personnes devront présenter leur pièce d'identité**

MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

Référence unique du mandat

Association Montessori au Quotidien

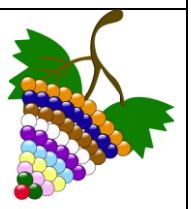
En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Montessori au Quotidien à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Montessori au Quotidien.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée :
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé,
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque.

*Veuillez compléter les champs marqués **



Votre Nom *……..1

Nom / Prénoms du débiteur

Votre adresse *……..2

Numéro et nom de la rue

* * ……..3

Code Postal Ville

*……..4

Pays

Les coordonnées de votre compte * 5

Numéro d'identification international du compte bancaire – IBAN (International Bank Account Number)

6

Code international d'identification de votre banque - BIC (Bank Identifier Code)

Nom du créancier *ASSOCIATION MONTESSORI AU QUOTIDIEN ……..7

Nom du créancier

F R 0 7 Z Z Z 8 5 A 9 D 9 8

Identifiant créancier SEPA

*3 rue d'Espagne 9

Numéro et nom de la rue

* 3 3 3 7 0 *Artigues-près-Bordeaux ……..10

Code Postal Ville

*……..11

Pays

Type de Paiement * Paiement récurrent / répétitif ☒ Paiement ponctuel ☐ 12

Signé à *……..2 J J M M A A A A 13

Lieu Date

Signature(s) *Veuillez signer ici

Note : Vos droits concernant le présent mandat sont expliqués dans un document que vous pouvez obtenir auprès de votre banque

Informations relatives au contrat entre le créancier et le débiteur - fournies seulement à titre indicatif.

Code identifiant du débiteur *……..14

Indiquer ici tout code que vous souhaitez voir restitué par votre banque

Tiers débiteur pour le compte duquel le paiement est effectué (si différent du débiteur lui-même) *……..15

Nom du tiers débiteur: si votre paiement concerne un accord passé entre *(NOM DU CREANCIER)* et un tiers (par exemple, vous payez la facture d'une autre personne), veuillez indiquer ici son nom.
Si vous payez pour votre propre compte, ne pas remplir.

*……..16

Code identifiant du tiers débiteur

*……..17

Nom du tiers créancier : le créancier doit compléter cette section s'il remet des prélèvements pour le compte d'un tiers.

……..18

Code identifiant du tiers créancier

Contrat concerné ……19

Numéro d'identification du contrat

……..20

Description du contrat

Les informations contenues dans le présent mandat, qui doit être complété, sont destinées à n'être utilisées par le créancier que pour la gestion de sa relation avec son client. Elles pourront donner lieu à l'exercice, par ce dernier, de ses droits d'oppositions, d'accès et de rectification tels que prévus aux articles 38 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

A retourner à:	Zone réservée à l'usage exclusif du créancier

1. La longueur maximum pour un nom est de 70 caractères
2. Cette ligne a une longueur maximum de 35 caractères

MONTESSORI BILINGUE BORDEAUX RIVE DROITE
L'ECLOSION DES FLEURS

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

1. Photocopie de la page du livret de famille concernant cette inscription ☐
2. Une copie de la page des vaccinations du carnet de santé ☐
3. Le mandat de prélèvement automatique rempli et signé ☐
   (les factures en cours d'année seront prélevées)
4. Un chèque de 20 € à l'ordre de l'Association "Montessori au quotidien" ☐
5. Un chèque de 250 € pour les frais d'inscription à l'ordre ☐
   de l'Association "Montessori au quotidien"
6. 10 ou 12 chèques selon le nombre de mensualités choisi si vous optez pour ☐
   un règlement des frais de scolarité par chèque
   ou
7. 2 chèques correspondant aux mensualités de juillet et août si vous optez ☐
   pour un règlement en 12 mensualités par prélèvement automatique

A REMETTRE <u>15 JOURS</u> MAXIMUM PRECEDANT LA RENTREE

1. Assurance responsabilité civile scolaire ☐
2. Fiche des personnes autorisées à récupérer votre enfant ☐
3. Fiche des contacts d'urgence ☐
4. Certificat de radiation de l'école précédente ☐
5. P.A.I pour les enfants nécessitant un traitement spécifique ☐
6. Deux photos d'identité (nom et date de naissance de l'enfant au verso) ☐