



DOSSIER D'INSCRIPTION

Date de démarrage souhaitée : ____ / ____ / ____

Jours et heures de présence en structure :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Arrivée					
Départ					

Renseignements enfant :

Nom : _____ Prénom : _____
 Date de naissance ou estimée : ____ / ____ / ____ Age : _____

Domicile de l'enfant :







Adresse : _____
 Code postal : _____ Ville : _____
 Téléphone du domicile (fixe) : ____ . ____ . ____ . ____ . ____

Renseignements parents :

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 E-mail : _____
 Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Téléphone travail : ____ . ____ . ____ . ____ . ____
 Profession : _____ Employeur : _____
 Adresse employeur : _____

Nom : _____ Prénom : _____
 Adresse : _____
 E-mail : _____
 Portable : ____ . ____ . ____ . ____ . ____ Téléphone travail : ____ . ____ . ____ . ____ . ____
 Profession : _____ Employeur : _____
 Adresse employeur : _____

Situation familiale :

Mariés	Pacsés	Concubins	Veuf (ve)	Célibataire	Divorcés
					
Personne ayant la garde : _____					
Nombre d'enfants à charge (y compris l'enfant accueilli) : _____					
Nombre d'enfants en situation de handicap (y compris l'enfant accueilli) : _____					
Numéro d'allocataire CAF : _____ Nom de l'allocataire : _____					

Renseignements médicaux :

Poids	
Taille	
Numéro sécurité sociale	

Ces informations sont certifiées exactes en date du :

Signature du responsable légal :

Médecin de famille	
Adresse	
Numéro de téléphone	

Allergies	
Eczéma	
Asthme	
Convulsions	
Antécédents médicaux	
Autres	

Vaccinations (joindre la photocopie du carnet de santé) :

Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite		
DATES	INJECTIONS	MEDECIN
Autres (Coqueluche, ROR, Prévenar ...)		
DATES	INJECTIONS	MEDECIN

Soins d'urgence et délivrance de Paracétamol

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable de la crèche à prendre, le cas échéant, toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise le personnel de la crèche à administrer du Paracétamol à mon enfant, selon l'ordonnance actualisée à son poids, si sa température dépasse 38,5°C.

Date et signature du responsable légal :

Autorisations :

Photos, vidéos et images

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____ autorise l'équipe de la crèche à photographier / filmer mon enfant dans le cadre des activités proposées individuellement ou en groupe. Ces images seront exclusivement destinées à l'usage des familles et visibles dans l'espace PARENTS de notre site internet (sécurisé par un mot de passe).

Certaines photos pourront éventuellement être destinées à l'illustration des collectivités locales et au site internet de la crèche, dans ce cas là les enfants seront uniquement pris de dos.

Date et signature du responsable légal :

Sorties

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____ autorise ce dernier à participer aux sorties organisées par l'équipe, hors de la crèche.

Date et signature du responsable légal :

--

Tierce personne

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____ autorise la responsable de la crèche à confier mon enfant aux personnes suivantes, après avoir prévenu le personnel de la crèche.

Nom, Prénom : _____ téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Nom, Prénom : _____ téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Nom, Prénom : _____ téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Nom, Prénom : _____ téléphone : ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Signature du responsable légal :

Règlement de fonctionnement

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____ déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la crèche et de l'accepter dans l'intégralité.

Fait à : _____ Le : ____ / ____ / ____

Signature du responsable légal :

Pièces d'inscription obligatoires :

Dossier d'inscription ci-dessus dûment rempli
Certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité établi par le médecin traitant de l'enfant
Pour les enfants en situation de handicap ou devant suivre un protocole d'accueil individualisé, un 2 ^{ème} certificat médical établi par le médecin référent de la structure sera à réaliser
Une ordonnance « au poids » de délivrance du paracétamol établi par le médecin traitant de l'enfant
Photocopie du carnet de santé de l'enfant ou certificat médical de vaccination à jour
Photocopie du livret de famille
En cas de séparation des parents, présenter le document officiel précisant l'autorité parentale, le droit de garde et l'élection du domicile de l'enfant
Photocopie d'assurance responsabilité civile et individuelle en cours de validité pour l'enfant
Relevé d'identité bancaire
Dernier avis d'imposition des 2 parents
Justificatif de domicile

Attestation carte vitale