

# MAISON DES ENFANTS



## DOSSIER D'INSCRIPTION

### ● Enfant

NOM :

PRENOM :

ACCUEIL : REGULIER / OCCASIONNEL

Né(e) le : /\_\_\_/ /\_\_\_/ /\_\_\_/ à .....

Sexe :

Nationalité :

### ● Famille

Père

Mère

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

N° Sécurité Sociale :

N° Allocations Familiales

Adresse :

N° tel. :

Profession :

● **SITUATION FAMILIALE** : *Cocher*

- Marié                       Séparé                       Pacsé  
 Vie maritale               Divorcé                       Autres .....

Célibataire               Veuf

AUTORITE PARENTALE PERE  MERE  AUTRE :

● **NOMBRE D'ENFANTS** : .....

	1	2	3
Nom(s) :			
Prénom(s) :			
Date(s) de naissance :			
Nombre d'enfant(s) à charge :			

● **REGIME SOCIAL** : *Cocher*

- Général  
 MSA                       Autres (SNCF, PTT, etc...) : .....

● **SANTE** :

Vaccination, antécédents médicaux, maladies infantiles, autorisation d'administrer du paracétamol en cas de température supérieure à 38°5, hospitalisation en cas d'urgence. A voir lors de l'inscription avec le carnet de santé.

**Votre enfant a t il une allergie : OUI NON**

**Si votre enfant a une allergie nous remplirons lors de l'inscription un PAI (projet d'accueil individualisé)**

NOM du Médecin traitant :

Tél. : / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ /

Documents en annexes à remplir :

- PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT
- AUTORISATION DE SORTIE
- AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER
- AUTORISATION DE SOIN
- AUTORISATION DE CONSULTATION DU SITE CAFPRO
- AUTORISATION DE JARDINAGE
- SIGNATURE DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

**Apporter le jour de l'inscription :**

- Le carnet de santé de votre enfant
- Un justificatif de domicile
- Le dernier avis d'imposition des 2 parents si vous résidez dans un département autre que 73  
Numéro allocataire CAF et Photocopie de la carte d'assuré social + N° de sécurité social
- Certificat médical autorisant la fréquentation du multi accueil (pour l'accueil régulier)
- Une ordonnance d'administration du paracétamol
- Une attestation d'assurance responsabilité civile au nom de l'enfant

**CONDITIONS DE DEPART DE L ENFANT :**

**Personnes autorisées**

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

Autorisent les personnes citées ci-dessous (personne **obligatoirement majeure**) à venir chercher mon enfant à la structure sur présentation de **leur pièce d'identité**.

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Mention « lu et approuvé »

## AUTORISATION DE SOINS

Nous soussignés, Madame, Monsieur :

AUTORISENT le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant.  
DECHARGENT la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

Les personnes ci-dessus mentionnées doivent être prévenues dans les plus brefs délais.

DEMANDENT à la responsable de la maison des enfants ou à son adjointe :

- En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance,
- En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin de la structure ou du médecin traitant.
- D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité
- D'appliquer de la crème pour le siège en cas de nécessité **merci de la fournir**

CERTIFIENT n'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à notre enfant pendant toute la durée du contrat d'accueil et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Mention « lu et approuvé »

Signature des parents

## AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIER

Nous soussignés, Madame, Monsieur :

AUTORISENT / N'AUTORISENT PAS que mon enfant soit photographié aux fins d'utilisation par :  
- la structure elle-même

CERTIFIENT que si je reçois/nous recevons des photos, je ne les utilise pas à d'autres usages que familial.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ Mention « lu et approuvé »

Signature des parents

## **AUTORISATION DE CONSULTATION DU SITE CAF PRO**

Nous soussignés, Madame, Monsieur :

AUTORISENT / N'AUTORISENT PAS la direction à consulter notre dossier allocation CAFPRO, afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations des ressources financières.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Mention « lu et approuvé »  
Signature des parents

## **AUTORISATION DE JARDINAGE**

Nous soussignés, Madame, Monsieur :

AUTORISENT / N'AUTORISENT PAS mon enfant à pratiquer l'activité jardinage.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Mention « lu et approuvé »  
Signature des parents

## CALCUL du TARIF HORAIRE



**MONSIEUR** :

**MADAME** :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse : .....

N° allocataire CAF : ..... Autre : .....

**Le site CAF PRO est un site réservé aux professionnels, sécurisé qui nous transmet les revenus déclarés N – 2. Ces revenus nous permettent d'établir le tarif horaire de l'accueil.**

Le tarif prend en compte les revenus et le nombre d'enfants à charge dans la famille.

Une facture sera remise en fin de mois aux parents, **le non paiement de cette facture entraînera l'arrêt de l'accueil** et une procédure de mise en recouvrement par le trésor public.

Tout changement de situation familiale ou financière doit être immédiatement signalé à la directrice et fera l'objet d'une révision de la participation financière : naissance, mariage, chômage.....

La situation financière de la famille sera revue au 1er janvier de chaque année.

Nous soussignés, Madame, Monsieur :

ACCEPTENT la facturation déterminée ci dessus.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Mention « lu et approuvé »

Signature de la responsable

Signature des parents

# REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Nous soussignés, Madame, Monsieur :

CERTIFIENT avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous nous engageons à respecter toutes les clauses.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Mention « lu et approuvé »  
Signature des parents