

MAISON DES ENFANTS : « L'île aux Croës »



DOSSIER D'INSCRIPTION

• Enfant

NOM :

PRENOM :

Né(e) le : /___/ /___/ /_____ / à

Sexe : F M

Nationalité :

ACCUEIL : REGULIER / OCCASIONNEL

• Famille

Père

Mère

Nom :

Prénom :

Né(e) le :

N° Sécurité Sociale :

N° Allocations Familiales

Adresse :

N° tel. :

E.mail :

Profession :

● **SITUATION FAMILIALE** : *Cocher*

- Marié Séparé Pacsé
 Vie maritale Divorcé Autres
- Célibataire Veuf

AUTORITE PARENTALE PERE MERE AUTRE :

● **NOMBRE D'ENFANTS** : _____

	1	2	3	4
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 SOIN**
- **AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER**
- **AUTORISATION DE SORTIE**
- **AUTORISATION DE CONSULTATION DU SITE CAFPRO**
- **AUTORISATION DE SORTIE**
- **SIGNATURE DU REGLEMENT INTERIEUR**

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 (datée de moins de 3 mois)
- Une attestation d'assurance responsabilité civile au nom de l'enfant

AUTORISATIONS

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

• CONDITIONS DE DEPART DE L ENFANT :

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

• DE SOINS

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 fièvre, d'administrer sous ma responsabilité les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin de la structure (ou du médecin du 15) 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**

• DE PHOTOGRAPHIER

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.

● DE SORTIE

AUTORISENT / N'AUTORISENT PAS mon enfant à sortir mon enfant de la garderie dans le cadre :

- d'une promenade à l'air de jeux
- d'une visite à la bibliothèque
- d'un pique-nique
- liste non exhaustive

● DE CONSULTATION DU SITE CAF PRO

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.

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.

● REGLEMENT DES FACTURES

Une facture sera remise en fin de mois aux parents, **le non-paiement sous quinzaine, 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 acceptons la facturation déterminée ci-dessus.

● REGLEMENT INTERIEUR

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

A _____, le ____/____/____

Mention « lu et approuvé »

Signature des parents

Signature de la responsable