

Dossier d'inscription Micro-crèche POMEL

Jours et heures de présence de l'enfant souhaités :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Heure d'arrivée *					
Heure de départ *					

*Préciser les horaires au 1/4 d'heure près.

Renseignements sur l'enfant:

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance / Date de naissance prévue: _____

Domicile de l'enfant:

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone du domicile (fixe) : _____

Renseignements sur les parents:

Le papa:

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Employeur : _____

Adresse employeur : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Email : _____

Portable : _____ Téléphone professionnel: _____

La maman:

Nom : _____ Prénom : _____

Profession : _____ Employeur : _____

Adresse employeur : _____

Code postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____

Portable : _____ Téléphone professionnel: _____

Dossier d'inscription: micro-crèche POMEL

Situation familiale: _____

Personne ayant la garde de l'enfant : _____

Fratrie :

Nom frère/sœur : _____ Prénom frère/sœur : _____

Date de naissance : _____

Nom frère/sœur : _____ Prénom frère/sœur : _____

Date de naissance : _____

Nom frère/sœur : _____ Prénom frère/sœur : _____

Date de naissance : _____

Renseignements sanitaires de l'enfant (à renseigner si l'enfant est né avant la date de demande):

Poids : _____ Taille : _____

Numéro de sécurité sociale (de l'enfant) : _____

Ces informations sont certifiées exactes en date du : _____

Signature du représentant légal : _____

Coordonnées du médecin de l'enfant :

Médecin de famille : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Antécédents médicaux de l'enfant :

Allergies : _____

Asthme : _____ Eczéma : _____ Convulsion : _____

Autres antécédents médicaux : _____

Vaccination (joindre obligatoirement une copie des pages de vaccination du carnet de santé)

Diphtérie - Tétanos – Polio		
Dates	Injections	Médecin

Autres (Anticoquelucheux, ROR, Prévenar, BCG ...)		
Dates	Injections	Médecin

Soins d'urgence et délivrance de Doliprane

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____ déclare exacts les renseignements de santé portés sur le dossier d'inscription et autorise la responsable de la crèche à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) en cas d'urgence et selon l'état de l'enfant.

J'autorise le personnel de la crèche à administrer du «Doliprane» 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 et/ou en groupe. Ces images seront exclusivement destinées à l'usage des familles, à l'illustration de documents et bulletins d'informations des collectivités locales, ainsi qu'au site internet de la crèche.

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 l'enceinte de la crèche.

Signature du responsable légal:

Tierce personne pouvant récupérer l'enfant :

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____
autorise la responsable de la crèche à confier mon enfant aux personnes suivantes, après avoir préalablement 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 l'accepter dans son intégralité.

Fait à _____ Le _____

Signature du responsable légal :

Pièces justificatives obligatoires pour finaliser l'inscription

Dossier d'inscription ci-dessus dûment rempli	<input type="checkbox"/>
Certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité établi par le médecin traitant de l'enfant	<input type="checkbox"/>
Pour les enfants nécessitant un suivi particulier ou devant suivre un protocole médical individualisé, un 2ème certificat médical établi par le médecin référent de la structure sera demandé	<input type="checkbox"/>
Une ordonnance «au poids» de délivrance de Doliprane établi par le médecin de l'enfant	<input type="checkbox"/>
Photocopie du carnet de vaccination de l'enfant	<input type="checkbox"/>
Photocopie de la demande d'allocation PAJE auprès de la CAF ou de la MSA	<input type="checkbox"/>
Photocopie du livret de famille afin de justifier de l'autorité parentale	<input type="checkbox"/>
En cas de séparation des parents, présenter le document officiel précisant le droit de garde et le domicile habituel de l'enfant	<input type="checkbox"/>
Photocopie d'assurance responsabilité civil et individuelle	<input type="checkbox"/>
Un relevé d'identité bancaire.	<input type="checkbox"/>
Le dernier avis d'imposition du foyer fiscal	<input type="checkbox"/>
Dernier bulletin de salaire des 2 parents	<input type="checkbox"/>
Un justificatif de domicile de moins de 3 mois	<input type="checkbox"/>
Une attestation de carte vitale	<input type="checkbox"/>