

# Dossier d'inscription



1844 Chemin du Centre 97440 Saint-André

Micro-Crèche chemin du centre

Micro-Crèche RDM

Jours et heures de présence en structure :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Arrivé					
Départ					

Date de rentrée : \_\_\_\_\_

Frais d'accueil :

Les frais d'accueil mensuels s'élèvent à : \_\_\_\_\_

**(Cf contrat d'accueil)**

Renseignements Enfants :

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Age : \_\_\_\_\_

Domicile de l'Enfant :

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél du domicile (fixe) : \_\_\_\_\_

## Renseignements parents :

Nom :	_____	Prénom :	_____
Profession :	_____	Employeur :	_____
Adresse employeur : _____			
Code Postal :	_____	Ville :	_____
E-mail : _____			
Portable :	_____	Téléphone Travail :	_____

Nom :	_____	Prénom :	_____
Profession :	_____	Employeur :	_____
Adresse employeur : _____			
Code Postal :	_____	Ville :	_____
E-mail : _____			
Portable :	_____	Téléphone Travail :	_____

## Situation familiale :

Mariés	Pacsés	Concubins	Veuf(ve)	Célibataire	Divorcés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne ayant la garde : _____					
Nombre de frères et sœurs : _____					

## Renseignements sanitaires :

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité social (de l'enfant) : \_\_\_\_\_

Les informations sont certifiées exactes en date du : \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal : \_\_\_\_\_

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Allergies : \_\_\_\_\_

Asthme : \_\_\_\_\_ Eczéma : \_\_\_\_\_ Convulsion : \_\_\_\_\_

Antécédents médicaux : \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

### Vaccinations (joindre la photocopie 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 portés sur cette fiche et autorise la responsable de la crèche à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux hospitalisations, interventions chirurgicales rendues nécessaires par 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 \_\_\_\_\_

Autorisation l'équipe de la crèche à photographie / filmer mon enfant dans le cadre des activités proposée individuelle et/ou en groupe. Ces images seront exclusivement destinées à l'usage des familles, à l'illustration de documents et bulletins d'informations ainsi qu'aux supports numériques (site internet, facebook et chaîne YouTube de la Micro-Crèche)

Date et signature du responsable légal :

*(Cf Autorisation parentale droit à l'image en annexe)*

### Sorties :

Je soussigné (e) : \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant \_\_\_\_\_

Autorisation ce dernier à participer aux sorties organisées par l'équipe hors de l'enceinte de la Micro-Crèche.

Date et signature du responsable légal :

### Tierce personne :

Je soussigné (e) : \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant \_\_\_\_\_

Autorisation le responsable de la crèche à confier mon enfant aux personnes suivantes, après avoir préalablement prévenu le personnel de la Micro-Crèche :

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_ Tél : \_\_\_\_\_

Date et 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 son intégralité.

Date et 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 porteurs de handicap ou devant suivre un protocole médical individualisé, un deuxième certificat établi par les médecins référents de la structure sera demandé.	
Une ordonnance « au poids » de délivrance de Doliprane / Dafalgan établi par le médecin. (Une boîte de Doliprane / Dafalgan est à ramener)	
Photocopie de la demande d'allocation PAJE auprès de la CAF ou de la MSA.	
Photocopie du livret de famille pour justifier de l'autorité parentale.	
Photocopie du Carnet de Santé	
En cas de séparation des parents présenter le document officiel précisant le droit de garde et l'élection du domicile de l'enfant.	
Un relevé d'identité bancaire.	
Dernier avis d'imposition	
Justificatif de domicile.	
Document comportant le numéro d'allocataire CAF	
Attestation de carte vitale	
Photocopie Pièce d'Identité des personnes autorisées à venir chercher l'enfant en cas d'absence du responsable légal	

Contact : Nathalie NARAYANIN 06 92 88 27 83