



Inscriptions

Documents nécessaires dans le dossier

- Autorisations
- Certificat médical
- Attestation d'assurance responsabilité civile
- Copie du livret de famille
- Vaccins
- Les allergies éventuelles
- Ordonnance Doliprane ou autre antipyrétique (valable 1 an) +flacon



Inscriptions

Fiche de coordonnées

Famille

Adresse :	
N° de téléphone :	
Adresse courriel	

Enfant

NOM :	
Prénom :	
Né (e) le :	

Parents

	Parent 1	Parent 2
Situation familiale		
NOM :		
Prénom :		
Né (e) le :		
N° de téléphone mobile		
Employeur		
Profession		
Adresse travail		
N° de téléphone au travail		
<u>N° allocataire</u> Préciser CAF, MSA ou autre		
<u>Parent référent pour la facturation</u>		

Nom et N° du Médecin traitant	
N° en cas d'Urgence (Préciser père, mère ou autre)	



FICHE À REMETTRE LORS DE L'INSCRIPTION

Je soussigné(e) :parent(s) de l'enfant :

- déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à en respecter les termes
- autorise expressément les personnes citées ci-dessous à venir récupérer mon enfant (munies d'une pièce d'identité)

Nom	Prénom	Adresse	Téléphone	Qualité

- autorise le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe
- autorise le personnel à prendre mon enfant en photo ou en vidéo
 - pour une utilisation interne à la structure (gazette de la crèche)
 - pour publication/diffusion (réseaux sociaux de la CDC Cœur de Brenne)
- autorise la direction à consulter mon dossier allocataire Cafpro afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul de ma participation financière
- autorise le personnel habilité à administrer à mon enfant ~~les~~ éventuelles médications prescrites par mon médecin avec l'accord du médecin référent selon le protocole de soins.
- autorise le personnel si nous ne sommes pas joignables à contacter :
 - Le référent santé
 - Le médecin de famille : Nom..... Tél :
 - Le médecin disponible
- autorise le personnel à prendre les mesures d'urgence nécessaires concernant la santé de mon enfant (SAMU : 15, Pompiers 18) en respect du protocole établi par le médecin référent de l'établissement.

Fait à Paulnay, le :

Signature(s) :



Autorisation médicale

À remplir par le(s) parent(s)

Je / nous soussigné(e)s

Parent(s) de l'enfant

Né (e) le :

- Autorise le personnel à donner du paracétamol en cas de fièvre supérieure à 38,5°C
(En cas d'allergie un projet d'accueil individualisé sera mis en place avec le médecin référent de la structure).

- Autorise le personnel, si nous ne sommes pas joignables, à contacter :
 - Le médecin référent
 - Le médecin de famille : Nom :
Tél :
 - Le médecin disponible
 - Autorise le personnel à prendre les mesures d'urgence nécessaires concernant la santé de mon enfant (SAMU : 15, Pompiers : 18) en respect du protocole établi par le médecin référent de l'établissement.

Fait à....., le :

Signature(s) :



Certificat Médical
À remplir par le médecin traitant

Je soussigné Docteur.....

Certifie que l'Enfant :

- Est apte à vivre en collectivité
- Ne présente pas actuellement de maladie contagieuse
- Ne présente pas d'allergie ou de maladie chronique (dans le cas contraire, un protocole d'accueil sera établi)

J'autorise le Personnel de la structure :

- En cas d'hyperthermie à administrer à l'Enfant une dose de
..... (sirop pédiatrique) pour une dose poids toutes les 6 heures.
- Si la situation se détériore et que les parents ne sont pas joignables à joindre le
réfèrent santé ou nommé par les parents.

Date :	Signature :	Tampon :



Fiche individuelle de renseignements allergies

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Nom(s) et prénom(s) des responsables légaux :

Indiquez les intolérances ou allergies alimentaires que présente votre enfant :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

