

CRÈCHE « LES PETITS LUTINS »

DOSSIER D'INSCRIPTION



DOCUMENTS A JOINDRE AU DOSSIER D'INSCRIPTION

ET A RETOURNER AVANT LE

- Copie du livret de famille
- Justificatif de domicile de moins de trois mois
- Copie des vaccins dans le carnet de santé
- Assurance responsabilité civile
- Certificat médical d'aptitude à la vie collective
- Protocole fièvre
- Les fiches de renseignements
- Le contrat d'accueil

POLE PETITE ENFANCE
5, Place Françoise Dolto
26290 DONZERE

 **04 75 98 29 74**
 **creche@donzere.net**



Famille

Nom de Famille :

Adresse :

Situation familiale :

Père ou Responsable 1

Autorité parentale : Oui Non

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tel. Domicile :

Tel. Portable :

Adresse mail :

Profession :

Nom, Adresse, n ° tel employeur :

N° sécurité sociale :

Mère ou Responsable 2

Autorité parentale : Oui Non

Nom / Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tel. Domicile :

Tel. Portable :

Adresse mail :

Profession :

Nom, Adresse, n ° tel employeur :

N° sécurité sociale :



Allocataire

CAF : N ° Allocataire :
MSA : N ° Allocataire :
Autres régimes : N ° Allocataire :

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom/Prénom :
Lien de parenté :
N ° Tel :

Enfant n ° :

Nom : Prénoms :
Date de naissance : Sexe : Garçon Fil(e)
Adresse :

Vaccinations : joindre la copie des pages de vaccination du carnet de santé

Médecin traitant :

Nom/Prénom :
Tél :
Adresse :

Allergies :

Régimes Alimentaires :

Antécédents médicaux :

Maladies :

Conditions de départ de l'enfant

Personnes Autorisées

Nous soussignés, Madame, Monsieur :

AUTORISE(NT) les personnes ciblées ci-dessous 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 »

Signature des parents :



Autorisations aux soins

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISE(NT) le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant :

- Transfert en pédiatrie
- Transfert aux urgences

DECHARGE(NT) la direction de la structure de toutes les responsabilités pendant le trajet jusqu'à l'hôpital.

AUTORISE(NT) l'équipe médicale à pratiquer les gestes qu'elle jugera indispensables au regard de l'état de santé de mon enfant.

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

- 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 de la structure ou du médecin traitant.
- En cas d'érythème fessier, d'appliquer une crème de soins fournie par les parents.
- D'appliquer de la crème solaire fournie par les parents en cas de nécessité.
- D'administrer une crème homéopathique en cas de chute.

CERTIFIE(NT) 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 filmer / photographier

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISE(NT) que mon enfant soit filmé et/ou photographié aux fins d'utilisation par :

- La structure elle-même
- Le service Communication de la ville ou de la communauté de communes
- La presse
- Les stagiaires dans le cadre de leurs rapports de stage

CERTIFIE(NT) que si je reçois/nous recevons les photos ou les films, à ne pas utiliser à d'autres usages qu'un usage familial.

A _____, le ____ / ____ / ____

Mention « Lu et Approuvé »

Signature des parents

Vous signerez chaque année scolaire un droit à l'image spécifique pour l'année.



Autorisation de consultation du site CDAP

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISE(NT) la direction à consulter notre dossier allocation CAF, 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 participer à l'expérimentation FILOUE

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISE (NT) la direction à transmettre mes données à des fins statistiques. Elles seront rendues anonymes avant leur utilisation par la CNAF.

A _____, le / /

Mention « Lu et Approuvé »

Signature des parents

Autorisation de sortie

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

AUTORISE(NT) mon enfant à participer à des sorties organisées par la structure.

A _____, le / /

Mention « Lu et Approuvé »

Signature des parents



Règlement de fonctionnement

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

CERTIFIE(NT) 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

Contrat d'accueil régulier

Nom :

Prénom :

Le contrat régulier s'appliquera du

au

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

Jours d'absences (vacances scolaires et congés annuels) :

