

MULTI ACCUEIL PARENTAL

Fiche d'inscription et de renseignements

Mai 2019

REFERENCE DE L'ENFANT

NOM PRENOM.....

Date de naissance Age

RESPONSABLE LEGAL DE L'ENFANT

NOM PRENOM

REFERENCE DES PARENTS	MERE	PERE
NOM		
PRENOM		
ADRESSE CP - VILLE		
N° TEL		
ADRESSE MAIL		
PROFESSION		
EMPLOYEUR		
N° de téléphone du travail OU N° en cas d'urgence		
Nombre d'enfants composant le foyer fiscal		

N° C.A.F. ou M.S.A. (indispensable) : Nom de l'allocataire : Caisse :

Assurance extra-scolaire : Nom : N° de police :

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e), _____ Père, Mère, Tuteur ¹

- Autorise mon enfant à participer aux activités et sorties dans le cadre du multi accueil parental sous la responsabilité du personnel d'encadrement (1 adulte pour 2 enfants) : oui non ¹
- Autorise : Mme ou M. _____ n° tél : _____ à venir récupérer mon enfant.
_____ n° tél : _____ à venir récupérer mon enfant.

Pour les personnes ayant un droit de garde exclusive, faire parvenir un document du tribunal spécifiant les personnes non habilitées à venir chercher l'enfant.

- Autorise l'utilisation de l'image de mon enfant dans le cadre de la promotion des activités du Centre Socio-Culturel et du multi-accueil parental (Plaquettes d'information, site Internet du centre, presse, exposition...) : oui non ¹
- Autorise le Centre Socio-Culturel à consulter mes données personnelles sur le site CAFPRO et à en conserver une copie pendant une durée de 4 ans : oui non ¹
Si non, fournir obligatoirement la feuille d'imposition de l'année N-1

Lu et approuvé
Puyricard, le

Signature des parents

REGLEMENT INTERIEUR et PROJET PEDAGOGIQUE

Je certifie avoir pris connaissance du projet pédagogique ainsi que du règlement intérieur du multi accueil parental et m'engage à en respecter les modalités.

Lu et approuvé
Puyricard, le

Signature des parents



FICHE SANITAIRE DE LIAISON

Cette fiche permet de recueillir les renseignements médicaux qui pourront être utiles pendant l'accueil de votre enfant. Elle évite de vous démunir de son carnet de santé.

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance: Sexe : Masculin Féminin

Médecin traitant : n° Téléphone :

1. RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT :

Poids de l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical ? Oui Non

Si oui joindre une ordonnance récente et les médicaments correspondants (boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice).

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

MALADIES A SIGNALER	OUI ¹	NON ¹	TRAITEMENT
Diabète			
Asthme			
Hémophilie			
Epilepsie ou convulsions			
Allergies			
Autres (détailler)			

2. VACCINATIONS : (se référer au carnet de santé ou aux certificats de vaccinations de l'enfant).

VACCINS OBLIGATOIRES	NATURE (Nom du vaccin)	DATE	DATE DES RAPPELS
Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite			
Coqueluche			
Haemophilus influenzae B			
Hépatite B			
Pneumocoque			
Méningocoque C			
Rougeole , Oreillons , Rubéole			

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TETANIQUE NE PRESENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

Je soussigné(e).....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable du multi-accueil à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, et m'engage à rembourser s'il y a lieu les frais médicaux occasionnés : oui non

Puyricard le :

Signature des parents :



¹ Cocher votre choix