

Dossier d'inscription 2023

L'enfant		<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin
Nom :	Prénom :		
Date de naissance :	Lieu de Naissance :		
Adresse :			
Code Postal :	Ville :		
.....			

Les parents	
Représentant légal 1	Représentant légal 2
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
CP / Ville :	CP / Ville :
Tél. personnel :	Tél. personnel :
E-Mail:.....	E-Mail:.....
<input type="checkbox"/> En congé parental <input type="checkbox"/> au foyer <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi <input type="checkbox"/> En formation <input type="checkbox"/> En activité à temps plein <input type="checkbox"/> En activité à temps partiel	<input type="checkbox"/> En congé parental <input type="checkbox"/> au foyer <input type="checkbox"/> En recherche d'emploi <input type="checkbox"/> En formation <input type="checkbox"/> En activité à temps plein <input type="checkbox"/> En activité à temps partiel
Profession:.....	Profession:.....
Employeur :	Employeur :
Tél. professionnel :	Tél. professionnel :

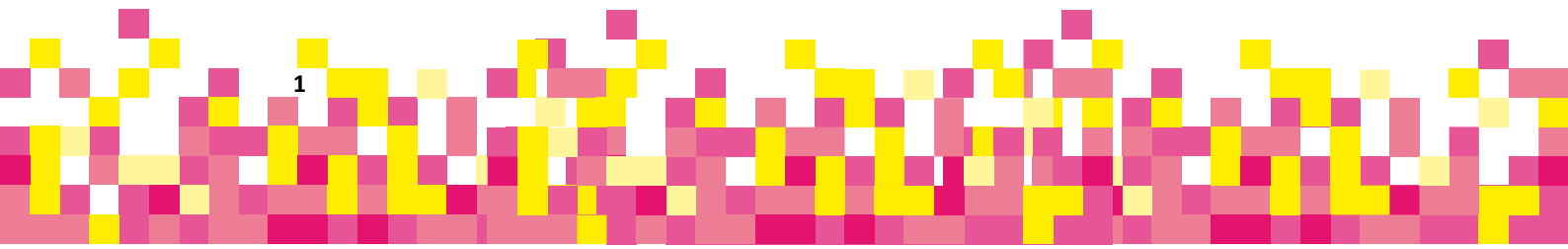
Situation familiale : célibataire Union maritale pacsé marié séparé divorcé veuf

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant:

Je soussigné(e) **NOM**.....**Prénom**.....
 Responsable légal de l'enfant, autorise les personnes suivantes à venir chercher mon enfant.
 Ces personnes sont majeures et viendront avec une pièce d'identité.

NOMS	PRENOMS	N° de téléphone	LIEN DE PARENTE

Date :	Signature du représentant légal 1 Lu et approuvé,	Signature du représentant légal 2 Lu et approuvé,
--------------	--	--



Pour les couples séparés

La garde de l'enfant est attribuée à :

Si garde alternée: (préciser) :

Coordonnées de l'autre parent

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

IMPORTANT: en cas de séparation ou divorce la copie du jugement du tribunal doit être impérativement présentée (uniquement les pages spécifiant le lieu de résidence et les modalités d'exercice de l'autorité parentale)

Date :	Signature du représentant légal 1 Lu et approuvé,	Signature du représentant légal 2 Lu et approuvé,
--------------	--	--

Autorisation pour accéder au service CDAP de la CAF

Je soussigné(e) **NOM**.....**Prénom**.....

Autorise la directrice à consulter mon dossier CAF par l'intermédiaire du service CDAP et à en garder une copie écran, afin de définir le tarif horaire de la participation des familles qui est revu en janvier de chaque année.

En cas de non autorisation :

Pour la période allant du 1er janvier au 31 décembre de l'année N, je m'engage à fournir les revenus perçus pour l'année N-2 (année de référence pour le service CDAP de la Caf)

Nombre d'enfants à charge : **Régime d'appartenance: numéro d'allocataire :**
(CAF, MSA...)

Date :	Lu et approuvé,	Signature de l'allocataire:
--------------	-----------------	-----------------------------

Adresse de Facturation

Nom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Renseignements particuliers

Allergie : (fournir le certificat médical)

Traitement :

Régime alimentaire :

<input type="checkbox"/> Lait maternisé	<input type="checkbox"/> mousseline (texture lisse)	<input type="checkbox"/> mousseline sans porc	<input type="checkbox"/> mousseline végétarien
<input type="checkbox"/> mixé (petits morceaux)	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> mixé sans porc	<input type="checkbox"/> mixé végétarien
		<input type="checkbox"/> sans porc	<input type="checkbox"/> végétarien

Autorisation pour l'administration de médicaments

Je soussigné(e) **NOM**.....**Prénom**.....
 Autorise la directrice ou l'éducatrice de jeunes enfants ou l'auxiliaire de puériculture à administrer le traitement médicamenteux à mon enfant suivant l'ordonnance fournie et/ou à suivre le protocole médical signé en fonction de l'état de santé de mon enfant.

Date :	Signature du représentant légal 1 Lu et approuvé,	Signature du représentant légal 2 Lu et approuvé,
--------------	--	--

Médecin traitant : Spécialité.....
 Adresse :
 CP / Ville : Tel:.....

Autorisation d'hospitalisation

Je soussigné(e) **NOM**.....**Prénom**.....
 responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable à prendre, le cas échéant toutes les mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale, anesthésie) rendues nécessaires pour l'état de l'enfant.

Date :	Signature du représentant légal 1 Lu et approuvé,	Signature du représentant légal 2 Lu et approuvé,
--------------	--	--

Vaccinations (ou photocopie du carnet de santé)

BCG			
Diphtérie - Tétanos - Poliomyélite			
Coqueluche			
Hib (Haemophilus influenzae de type B)			
Pneumocoque			
Hépatite B			
ROR (Rougeole-Oreillons -Rubéole)			
Méningocoque C			

Autorisation de sorties

Je soussigné(e) **NOM**.....**Prénom**.....
Responsable légal de l'enfant

autorise n'autorise pas

à participer aux sorties et activités organisées à l'extérieur de la Maison de l'Enfant (sortie à la médiathèque, au marché, salle des fêtes, tour de quartier à pied ou en poussette...)

Toute autre sortie utilisant un autre moyen de transport, fera l'objet d'une demande particulière.

Date :

Signature du représentant légal 1
Lu et approuvé,

Signature du représentant légal 2
Lu et approuvé,

Autorisation de photographies

Je soussigné(e) **NOM**.....**Prénom**.....
Responsable légal de l'enfant

autorise la prise de vue de mon enfant dans le cadre des accueils et la diffusion de l'image sur des supports papiers et numériques dans :

- Les locaux du multi-accueil
- Le bulletin communautaire qui paraît également sur le site internet de la CCPH
- Le cadre de différents bilans et rapport d'activités
- La presse locale

En aucun cas ces photographies ne pourront faire l'objet d'une utilisation commerciale.

La présente autorisation est consentie à titre gratuit et ne donnera lieu en conséquence à aucune rémunération.

n'autorise pas

Date :

Signature du représentant légal 1
Lu et approuvé,

Signature du représentant légal 2
Lu et approuvé,

Règlement intérieur

Je soussigné(e) **NOM**.....**Prénom**.....
Responsable légal de l'enfant
atteste avoir reçu et pris connaissance du règlement de fonctionnement du Multi-accueil et m'engage à le respecter.

Date :

Signature du représentant légal 1
Lu et approuvé,

Signature du représentant légal 2
Lu et approuvé,

RGPD: Règlement Général sur la Protection des Données

En remplissant ce formulaire, je soussigné(e) **NOM**..... **PRENOM**
accepte que les informations fournies soient exploitées dans le cadre du service Multi-Accueil et que les données statistiques utilisées par le multiaccueil soient remontées à la CNAF pour permettre d'améliorer la politique petite enfance par le biais d'enquête Filoué.

Date :

Signature du représentant légal 1
Lu et approuvé,

Signature du représentant légal 2
Lu et approuvé,