

DOCUMENTS ADMINISTRATIFS A FOURNIR

- Voici la liste des documents à nous fournir afin de finaliser l'inscription de votre enfant au sein du multi-accueil « Les Cigognes » à Illfurth, du multi-accueil « Les Barbapapas » de Ferrette, le mutli-accueil « L'III aux trésors » à Muespach Le Haut

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :

Nom et Prénom : Né(e) le :

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR :

- La fiche de renseignements dûment remplie
- Une attestation d'assurance en cours de validité soit « Scolaire et Extra-scolaire » soit « Responsabilité civile » **indiquant le nom et le prénom de l'enfant à renouveler tous les ans**
- La copie du livret de famille (*avec tous les membres de la famille*)
- La copie du carnet de vaccination **à renouveler tous les ans**
- Un certificat d'aptitude à la vie en collectivité datant de moins de 3 mois avant l'arrivée de l'enfant au Multi-Accueil, rempli par le médecin de l'enfant **à renouveler tous les ans**
- Une ordonnance médicale donnant l'autorisation pour l'administration d'un antipyrétique (en cas de douleur ou fièvre), l'administration d'un gel à base d'arnica (en cas de choc) et l'administration d'un produit anti-démangeaison DAPISGEL **à renouveler tous les ans**
- La fiche d'autorisations dûment remplie
- Le formulaire de consentement des données personnelles
- Le numéro d'allocataire de la CAF **OU** une copie intégrale des avis d'imposition de l'année N-2 des deux parents
- La copie du jugement concernant le droit de garde à l'enfant (*en cas de séparation ou de divorce*)
- Le protocole d'urgence et le protocole d'administration d'un anti pyrétiqque, dûment remplies

Lors de la **réception du dossier complet**, nous programmerons un entretien afin d'établir la période d'adaptation et le contrat

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

1. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ENFANT :

Nom et Prénom : Date de naissance :

Lieu de naissance :

2. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LES PARENTS :

PARENT 1 :

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone domicile : / / / /

Téléphone portable : / / / /

Téléphone professionnel : / / / /

Mail :

Profession :

Employeur :

Régime d'affiliation : Privé

N° MSA

EDF – GDF

SNCF/ RATP

Autre

Général

N° allocataire CAF

PARENT 2 :

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone domicile : / / / /

Téléphone portable : / / / /

Téléphone professionnel : / / / /

Mail :

Profession :

Employeur :

Régime d'affiliation : Privé

N° MSA

EDF – GDF

SNCF/ RATP

Autre

Général

N° allocataire CAF

3. SITUATION FAMILIALE :

- Marié Pacsé
 Célibataire Divorcé / séparé
 En concubinage

Nombre d'enfants dans la famille :

Nombre d'enfants à charge :

Présence d'un enfant porteur de handicap dans la famille : Oui Non

4. MEDECIN TRAITANT :

Nom :

Adresse :

N° de téléphone : / / / /

- [En signant ce document, vous déclarez exacts toutes les informations apportées](#)
- [Merci de signaler toutes modifications dans les plus brefs délais](#)

Fait à :

Le :

Signature Parent 1 :

Signature Parent 2 :

FICHE D'AUTORISATIONS

5. REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT :

PARENT 1 :

Nom et Prénom :

Déclare avoir pris connaissance du **règlement de fonctionnement** et m'engage à en **respecter les termes**.

Signature :

PARENT 2 :

Nom et Prénom :

Déclare avoir pris connaissance du **règlement de fonctionnement** et m'engage à en **respecter les termes**.

Signature :

6. PERSONNES AUTORISEES A VENIR RECUPERER L'ENFANT :

Merci d'indiquer les coordonnées de minimum **3 personnes autres que les parents** :

LIEN DE PARENTE	NOMS et PRENOMS	TELEPHONES
Parent 1		
Parent 2		

7. SORTIES :

Autorisons le personnel du multi-accueil à sortir mon enfant de l'enceinte du bâtiment pour les sorties en groupe ou pour les activités en partenariat avec le RAM, **en poussette**.

- Oui Non

8. CDAP :

Autorisons la direction à consulter notre dossier allocataire CAF afin d'accéder aux ressources à prendre en compte pour le calcul des tarifs.

- *Le service CAFPRO respecte les règles de confidentialité et a fait l'objet d'une autorisation à la CNIL.*
- *La CAF attribue un identifiant et un mot de passe strictement confidentiel à l'équipe de direction.*
- *Aucune information relative aux dossiers CAF ne sera divulguée*

- Oui Non

9. PHOTOS :

Autorisons le personnel du multi-accueil à prendre mon enfant en photo pour :

- Une publication ou une utilisation interne à la structure
- Une publication sur le groupe Facebook privé du multi-accueil. Un lien est envoyé par la direction afin e pouvoir adhérer au groupe. Seule la direction est habilitée à valider la demande d'adhésion. Ce groupe est renouvelé chaque année

- *En cas de refus de publication, les parents n'auront pas accès au groupe Facebook, ni accès aux photos du multi-accueil*

- Oui Non

Le multi-accueil s'engage formellement à ne faire circuler aucune photo ni à transmettre les liens des photos sur des réseaux ouverts au public et visibles par tout le monde.

Le groupe Facebook ne sera accessible qu'aux parents de l'enfant.

10. SANTE : ADMINISTRATION D'UN ANTIPYRÉTIQUE

Autorisons le personnel du multi-accueil à administrer un antipyrétique fourni par la structure, en respectant le protocole de l'établissement, par voie orale ou rectale en cas de :

- Fièvre supérieure ou égale à 38°5C pour les enfants de plus de 6 mois
- Fièvre supérieure ou égale à 38°C pour les enfants de moins de 6 mois
- Douleur

Nous nous engageons à venir chercher notre enfant dans les plus brefs délais.

- Oui Non

11. SANTE : ADMINISTRATION D'UN PRODUIT A BASE D'ARNICA

Autorisons le personnel du multi-accueil à administrer un produit à base d'arnica fourni par la structure, en respectant le protocole de l'établissement en cas d'ecchymose ou de chocs.

- Oui Non

12. SANTE : ADMINISTRATION D'UN PRODUIT ANTI DEMENGEAISON

Autorisons le personnel du multi-accueil à administrer un produit anti démangeaison fourni par la structure, en respectant le protocole de l'établissement en cas de piqûre d'insectes.

- Oui Non

Autorisons le personnel du multi-accueil à retirer une tique, en respectant le protocole de l'établissement en cas de piqûre d'insectes.

- Oui Non

13. URGENCES

Autorisons le personnel du multi-accueil à prendre, sur les recommandations du médecin du SAMU, toutes mesures en cas d'urgence rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

- Oui Non

Fait à :

Le :

Signature Parent 1 :

Signature Parent 2 :

Ce document sera visible par la direction et le responsable du groupe dans lequel va évoluer votre enfant. Le personnel de la structure est astreint au secret professionnel et ne se transmet que les informations (médicales, sociales ou autres) nécessaires à la prise en charge de l'enfant.

CERTIFICAT D'APTITUDE A LA VIE EN COLLECTIVITE

Je soussigné(e) docteur

Certifie que l'enfant né(e) le

1. VACCINATIONS :

A les vaccins obligatoires en règle à ce jour

Oui

Non

2. APTITUDE A LA VIE EN COLLECTIVITE :

Est apte à la vie en collectivité car ne présente aucune contre-indication cliniquement apparente à ce jour

Oui

Non

3. ANTECEDENTS MEDICAUX et/ou MALADIE CHRONIQUE NECESSITANT UNE PRISE EN CHARGE OU UNE VIGILANCE PARTICULIERE EN COLLECTIVITE :

4. TRAITEMENT DE FOND DE L'ENFANT (s'il y a lieu) :

5. ALLERGIES (alimentaires, médicamenteuses, saisonnières, dermatologiques...) :

Fait à :

Le :

Signature et cachet du médecin :

AUTORISATIONS MEDICALES

Je soussigné(e) docteur

Certifie avoir examiné l'enfant né(e) le

13. POIDS DE L'ENFANT :

L'enfant pèse kg

14. ADMINISTRATION ANTIPYRETIQUE :

Autorise le personnel du Multi-Accueil à administrer du **Doliprane** (son dosage) fourni par la structure **une dose poids** sous forme orale ou rectale, en cas de :

- Fièvre supérieure ou égale à 38,5°C pour les enfants de plus de 6 mois
- Fièvre supérieure ou égale à 38°C pour les enfants de moins de 6 mois
- Douleur

MERCI DE JOINDRE UNE ORDONNANCE MÉDICALE CONFORME

15. ADMINISTRATION PRODUITS PHARMACEUTIQUES :

Autorise le personnel du Multi-Accueil à administrer sur protocole établi :

- Produit anti-démangeaison (DAPISGEL BOIRON) en cas de piquûre
- Arnica gel BOIRON ou Arnica Spray LABORATOIRE MERCUROCHROME en cas d'ecchymose
- Spray asséchant CYTELIUM en cas de rougeur
- Antiseptique DIASEPTYL ou CHLORHEXIDINE 0.5% (COOPER) en cas de plaie
- Solution de réhydratation ADIARIL ou NOVALAC uniquement sur consignes du SAMU en cas de diarrhées
- Liniment Marque Biolane en cas de rougeur

(Dans la mesure du possible, le Multi-Accueil s'engage à garder les mêmes laboratoires.)

**MERCI DE JOINDRE UNE ORDONNANCE MÉDICALE CONFORME POUR LES PRODUITS CITÉS
CI-DESSUS**

Fait à :

Le :

Signature et cachet du médecin :