



Maison de l'Enfance

PAYS D'ARLANC

« La parenthèse enchantée »

Multi-Accueil
Loumas
63220 ARLANC
Tél. : 04 73 95 86 39
Fax : 04 73 95 19 87
mde.ccpa@orange.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION

Nom et prénom de l'enfant : _____

Pièces justificatives à fournir

- La photocopie du livret de famille
- Une attestation de domicile (quittance EDF, téléphone,...)
- La photocopie de la carte allocataire CAF ou attestation du régime d'affiliation
- L'attestation d'assurance nominative en responsabilité civile
- L'avis d'imposition N-2 du foyer (si la famille n'est pas affiliée à la CAF du Puy de Dôme ou MSA)
- La photocopie du jugement en cas de divorce concernant la garde des enfants
- Un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité et de non contagion
- Une ordonnance pour l'administration de médicament antipyrétique (en cas de fièvre)
- La photocopie des pages de vaccinations du carnet de santé

A remplir dans le dossier d'inscription :

- Fiche d'inscription de renseignements administratifs (toute modification d'adresse, de numéro de téléphone, de domicile, d'employeur ou de portable doit être signalée)
- Calendrier hebdomadaire pour les accueils réguliers
- Fiche de liaison services des urgences et autorisation d'hospitalisation
- Autorisations parentales
- La fiche des autorisations obligatoires
- La fiche d'habitudes de l'enfant

Fiche de renseignements administratifs

Date entrée : _____

Date de sortie : _____

ENFANT INSCRIT :

Nom : Prénom :

Date de naissance : __/__/ - __/__/ - __/__/__

Lieu de naissance :

Adresse : Code postal :

Commune :

N° de téléphone domicile :

Email :@.....

	Mère	Père
Nom - Prénom		
Profession/nom de l'employeur		
Lieu de Travail		
Horaires		
N° de Téléphone	Travail :	Travail :
	Portable :	Portable :

Fratrie de l'enfant :_/_/_/_/

De quel organisme percevez-vous ou percevez- vous des prestations familiales ?

- MSA ·
- CAF ·
- SCNF, RATP, Régimes maritimes ·

N° allocataire : Régime : Papa · Maman ·

Nom du médecin traitant : N° de téléphone :

Autre mode de garde : Ecole :

Indiquer deux personnes à qui l'on peut confier votre enfant après 18h30 en cas d'urgence :

	Personne 1	Personne 2
Nom- Prénom		
Adresse		
Téléphone		

Fiche de liaison services des urgences - Autorisation d'hospitalisation

Nom de l'enfant : Prénom : Date de naissance :

Adresse du responsable de l'enfant :

Nom, prénom du père : Tél. Domicile :

Tél. Employeur :

Nom, prénom de la mère : Tél. Domicile :

Tél. Employeur :

Nom du médecin traitant : Tél. Cabinet :

Maladies à signaler			
	Oui	Non	Traitement
Diabète			
Asthme			
Hémophilie			
Épilepsie			
Allergie-type			
Autres : ...			

Autorisation d'hospitalisation

Date :

Je soussigné(e) :

Représentant légal de l'enfant :

AUTORISE la responsable technique de l'établissement à prendre toute mesure d'urgence destinée à sauvegarder la santé de mon enfant et accepter librement le service du médecin de l'établissement qui sera appelé en cas d'urgence, et l'hospitalisation si nécessaire.

Les parents

Médecin de l'établissement

La Directrice

Autorisation parentale

Je soussigné(e) (nom et prénom) :

Autorise les personnes de la liste ci-dessous à venir chercher mon enfant sur la structure de la Maison de l'Enfance du Pays d'Aranc.

Nom- Prénom	Qualité (ami, oncle...)	Numéro de téléphone	Signature des parents

Les personnes venant chercher les enfants devront se munir de leur carte nationale d'identité. Les parents devront tout de même informer le personnel le matin ou la veille de l'identité de la personne qui viendra chercher l'enfant et l'heure de départ.

Date et signature :

Les autorisations

• Autorisations obligatoires

Je soussigné(e)..... agissant en qualité de

- Autorise mon enfant à participer à toutes les activités organisées par l'établissement à l'intérieur de la structure.
- Autorise la directrice (ou son remplaçant) à prendre toutes les mesures médicales urgentes nécessaires pour préserver l'état de santé de l'enfant, à mettre en œuvre les moyens les mieux adaptés (médecin, pompiers ou SAMU) et à assurer son transport en ambulance vers le centre hospitalier ou d'urgence, à mes frais.
- Accuse réception et certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à le respecter.

Signature

• Autorisations facultatives

- Autorise mon enfant à participer aux sorties extérieures régulières.
 - OUI – ▪ NON
- Autorise mon enfant à participer aux sorties extérieures ponctuelles.
 - OUI – ▪ NON
- Autorise le personnel de l'établissement à prendre des photos de l'enfant seul ou en groupe.
 - OUI – ▪ NON
- Autorise le personnel de l'établissement à donner des photos de groupes où mon enfant se trouve, à d'autres parents.
 - OUI – ▪ NON
- Autorise le personnel de l'établissement à utiliser les photos, ainsi que les films de mon enfant pris pendant les activités, dans le cadre d'affichage sur la structure ou pour une utilisation dans la presse.
 - OUI – ▪ NON
- Dans le cadre de la convivialité, il est organisé des goûters de fête. A cette occasion, les parents peuvent fournir des gâteaux maison et des friandises. Acceptez-vous que votre enfant participe à ces goûters ? (*l'établissement décline toutes responsabilités*).
 - OUI – ▪ NON
- Autorise le personnel à utiliser les produits d'hygiène du multi-accueil sur mon enfant.
 - OUI – ▪ NON

Si non, indiquer les produits que vous ne voulez pas utiliser et leurs substituts (fournis par la famille avec le prénom de l'enfant) :

.....
.....

Signature avec mention « lu et approuvé »

Date