

Micro-Crèche En Attendant Mes Parents
7, place Ovale
78190 Trappes



DOSSIER D'INSCRIPTION

Date de démarrage souhaitée de l'accueil de votre enfant chez E.A.M.P:/...../.....

Jours et heures de présence de votre enfant:

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
HEURE D'ARRIVEE					
HEURE DE DEPART					

Renseignements concernant votre enfant :

Nom: _____ Prénom : _____

Date de naissance (prévue):/...../.....Age : _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone du domicile (fixe) : _____

Renseignements concernant les parents:

Nom : _____ Prénom : _____

Profession: _____ Employeur _____

Adresse employeur : _____

Code postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____

Portable : _____ Téléphone travail : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Profession: _____ Employeur _____

Adresse employeur : _____

Code postal : _____ Ville : _____

E-mail : _____

Portable : _____ Téléphone travail : _____

Situation familiale

Mariés Pacsés Concubins Veuf(ve) Célibataire Divorcés

Quelle personne a la garde ? :

Nombre de frères et sœurs :

Renseignements sanitaires de l'enfant

Poids : _____ Taille : _____

Numéro de sécurité sociale de l'enfant : _____

Ces informations sont certifiées exactes en date du:/...../.....

Signature du représentant légal :

Médecin de famille :

Adresse : _____

Téléphone : _____

Allergies : _____

Asthme : OUI/NON. Eczéma : OUI/NON. Convulsion : OUI/NON

Antécédents médicaux : _____ Autres : _____

Vaccinations (joindre la photocopie du carnet de santé)

Diphtérie – Tétanos – Polio		
Dates	Injections	Médecin

Autres (Anticoquelucheux, ROR, Prévenar, BCG...)		
Dates	Injections	Médecin

Soins d'urgence et délivrance de Paracétamol:

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____ déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise la responsable de la crèche à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de santé de l'enfant. J'autorise le personnel de la crèche à administrer du paracétamol à mon enfant, selon l'ordonnance actualisée à son poids, si sa température dépasse 38,5°C.

Date et signature du responsable légal :

Autorisations

Photos, vidéos et images

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____ autorise l'équipe de la crèche à photographier / filmer mon enfant dans le cadre des activités proposées individuellement et/ou en groupe. Ces images seront exclusivement destinées à l'usage des familles, à l'illustration de documents et bulletins d'information des collectivités locales, ainsi qu'au site internet de la crèche.

Signature du responsable légal :

Sorties

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____ autorise ce dernier à participer aux sorties organisées par l'équipe hors de l'enceinte de la crèche.

Signature du responsable légal :

Tierce personne

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____ autorise la responsable de la crèche à confier mon enfant aux personnes suivantes, après avoir préalablement prévenu le personnel de la crèche :

Nom, prénom : _____ téléphone : _____

Nom, prénom : _____ téléphone : _____

Nom, prénom : _____ téléphone : _____

Nom, prénom : _____ téléphone : _____

Signature du responsable légal :

Règlement de fonctionnement

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____ déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la crèche et de l'accepter dans son intégralité.

Fait à _____ le _____

Signature du responsable légal :

Pièces d'inscription obligatoires

Dossier d'inscription ci-dessus dûment rempli.	<input type="checkbox"/>
Certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité établi par le médecin traitant de l'enfant.	<input type="checkbox"/>
Pour les enfants porteurs de handicap ou devant suivre un protocole médical individualisé, un 2ème certificat médical établi par les médecins référents de la structure sera demandé.	<input type="checkbox"/>
Une ordonnance « au poids » de délivrance de Doliprane établie par le médecin.	<input type="checkbox"/>
Photocopie du carnet de vaccination de l'enfant.	<input type="checkbox"/>
Photocopie de la demande d'allocation PAJE auprès de la CAF ou de la MSA.	<input type="checkbox"/>
Photocopie du livret de famille afin de justifier de l'autorité parentale.	<input type="checkbox"/>
En cas de séparation des parents, présenter le document officiel précisant le droit de garde et l'élection du domicile de l'enfant.	<input type="checkbox"/>
Photocopie d'assurance responsabilité civile et individuelle.	<input type="checkbox"/>
Un Relevé d'Identité Bancaire.	<input type="checkbox"/>
Dernier avis d'imposition.	<input type="checkbox"/>
Justificatif de domicile.	<input type="checkbox"/>
Attestation de carte vitale.	<input type="checkbox"/>