

FONTVIEILLE
**Dossier Inscription Multi-accueil Municipal Lou BelenChemin du
Stade 13990 FONTVIEILLE**

creche@fontvieille.fr

☎ 04 90 54 62 12


Directrice : NOGUIER Floriane (Infirmière)
Date du retour de dossier :
Date d'entrée souhaitée par la famille à la crèche :
Moyen de paiement choisi :

PRE INSCRIPTION

L'enfant :

Nom	
Prénom	
Acc. Prévu	
Date naissance	
Lieu de naissance	
Adresse	

CYCLE DEMANDE	HORAIRES ARRIVEE	HORAIRE DEPART
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Occasionnel		

 L'enfant réside Chez ses deux parents Chez son père Chez sa mère en garde alternée

Responsable 1 :

Nom	
Prénom	
Adresse	
Tel portable	
E Mail	
Profession	
Employeur	
Tel travail	
Sit. Matrimoniale	

Numéro allocataire CAF ou MSA :

Responsable 2

Nom	
Prénom	
Adresse	
Tel portable	
E Mail	
Profession	
Employeur	
Tel travail	
Sit. Matrimoniale	

Nombre d'enfants à charge :

Fait à Fontvieille, le

Signature des deux responsables

INSCRIPTION DE L'ENFANT :

Enregistrée le :

Adaptation prévue le :

Responsable légal 1 :

Responsable légal 2 :

Réservations contractualisées : (à remplir par la directrice)

Accueil Régulier

Accueil occasionnel (selon disponibilité du service)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Arrivée					
Départ					

Personnes à contacter en cas d'urgence (en dehors des 2 responsables légaux)

NOM	
PRENOM	
ADRESSE	
TEL	
Lien de parenté	

NOM	
PRENOM	
ADRESSE	
TEL	
Lien de parenté	

Autorisations diverses :

Je soussigné (e)

Responsable de l'enfant.....

- Autorise la responsable de la crèche à confier mon enfant aux personnes suivantes, munies de leur pièce d'identité, et après avoir préalablement prévenu le personnel de la crèche :

Nom, prénom..... Téléphone.....

Nom, prénom..... Téléphone.....

Nom, prénom..... Téléphone.....

- Autorise ou n'autorise pas (*razer la mention inutile*) l'équipe de la crèche à photographier mon enfant dans le cadre des activités proposées individuellement et/ou en groupe. J'autorise la diffusion de ces images :
 - o Au sein de l'Association des parents : oui non
 - o Dans le journal local : oui non
 - o Sur le site Facebook de la ville : oui non
- Autorise ou n'autorise pas (*razer la mention inutile*) ce dernier à participer aux sorties organisées par l'équipe hors de l'enceinte de la crèche.
- Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la crèche et de l'accepter dans son intégralité.
- Autorise ou n'autorise pas le gestionnaire du multi-accueil à consulter le site du CDAP.
- Souhaite ou ne souhaite pas (*razer la mention inutile*) participer à l'enquête Filoue organisée par la CNAF afin de mieux connaître les caractéristiques des enfants et familles fréquentant la structure.

Fait à Fonvieille, le

Signature des deux responsables

Suivi sanitaire de l'enfant :

Né le.....

Nom du Responsable 1 :

Portable :

Nom du Responsable 2 :

Portable :

N° S.S	
Vaccinations : Photocopie du carnet de santé jointes :	
Allergie :	
Asthme :	
Eczéma :	
Convulsion :	
Antécédents médicaux :	
Autres	
Coordonnées Médecin Traitant	
Coordonnées Pédiatre	
Mise en place d'un PAI	

Soin d'urgence et délivrance de doliprane + homéopathie :

Je soussigné (e)

Responsable de l'enfant

Déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure, ou tout personnel compétent en son absence, à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.

J'autorise le personnel de la crèche à :

- Administrer du doliprane à mon enfant, selon le protocole en vigueur, si sa température dépasse 38.5°C (suppo ou sirop).
- Appliquer la crème à base de calendula ou celle apportée dans le trousseau de début d'année en cas d'érythème fessier de mon enfant.
- Donner du Camilia dosette en cas de douleur dentaire,
- Délivrer de l'Arnica en granules ou gel en cas de coup,
- Appliquer baby Apaysil ou Apaysil + granules Apis Melifica en cas de piqure d'insectes.

Signature des responsables :