



MULTI ACCUEIL DOSSIER D'INSCRIPTION

• Enfant

NOM :

PRENOM :

ACCUEIL : REGULIER / OCCASIONNEL A partir du :

Né(e) le : / ___ / / ___ / / ___ / à

Sexe : Nationalité :
.....

N° Sécurité Sociale :

• Famille

Père

Mère

Nom :

Prénom :

Né(e) le : à :

N° Sécurité Sociale :

N° Allocations Familiales :

Adresse :

N° tel. :

Profession :

Employeur :

Adresse Employeur :

N° tel. Employeur :

ADRESSE MAIL :

• SITUATION FAMILIALE : *Cocher*

Marié

Vie maritale

Célibataire

Séparé

Divorcé

Veuf

Pacsé

Autres

● **NOMBRE D'ENFANTS** :

	1	2	3
Nom(s) :			
Prénom(s) :			
Date(s) de naissance :			
Nombre d'enfant(s) à charge :			

● **REGIME SOCIAL** : *Cocher*

Général MSA Autres (SNCF, PTT, etc...) :

● **SANTE** :

Vaccination, antécédents médicaux, maladies infantiles, autorisation d'administrer du paracétamol en cas de température supérieure à 38°5, hospitalisation en cas d'urgence. A voir lors de l'inscription avec le carnet de santé.

Votre enfant a t il une allergie : OUI NON

Un régime alimentaire : OUI (lequel).....
NON

A-t-il déjà pris du paracétamol (doliprane ou autre) OUI NON

Si votre enfant a une allergie , est en situation de handicap nous remplirons lors de l'inscription un PAI (projet d'accueil individualisé)

NOM du Médecin traitant :

Tél. : / ___ / ___ / ___ / ___ / ___ /

Documents en annexes à remplir :

- PERSONNES AUTORISEES A VENIR CHERCHER L'ENFANT
- AUTORISATION DE SORTIE
- AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIER
- AUTORISATION DE SOIN
- AUTORISATION DE CONSULTATION DU SITE CAFPRO
- AUTORISATION ATELIER CUISINE ET ATELIER JARDINAGE
- SIGNATURE DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Apporter le jour de l'inscription :

- L'extrait de naissance complet
- Le carnet de santé de votre enfant
- Un justificatif de domicile
- Le dernier avis d'imposition des 2 parents si vous résidez dans un département autre que 73
- 3 photos de votre enfant
- Numéro allocataire CAF et Photocopie de la carte d'assuré social + N° de sécurité social
- Certificat médical autorisant la fréquentation du multi accueil (pour l'accueil régulier)
- **Concernant les enfants de moins de 4 mois, le certificat médical devra être établi par le Dr Boivin (médecin référent de la structure)**
- Une ordonnance d'administration du paracétamol (à renouveler tous les 6 mois)
- Une attestation d'assurance responsabilité civile au nom de l'enfant

CONDITIONS DE DEPART DE L'ENFANT :

Personnes autorisées

Nous soussignés, Madame et Monsieur :

Autorisent les personnes citées ci-dessous (personne obligatoirement majeure) à venir chercher mon enfant à la structure sur présentation de leur pièce d'identité.

Nom et Prénom	Adresse	Téléphone	Lien de parenté

A _____, le ____ / ____ / _____

Mention « lu et approuvé »

Signature des DEUX parents

AUTORISATION DE SORTIE

Nous soussignés, Madame, Monsieur :

AUTORISENT / N'AUTORISENT PAS mon enfant à participer à des sorties à pied organisées par la structure. (Pique nique aux Charmettes, rencontre avec l'Ehpad, sortie médiathèque, cinéma, visite école, visite caserne des pompiersetc)

A _____, le ____/____/____ Mention « lu et approuvé »
Signature des DEUX parents

AUTORISATION DE SOINS

Nous soussignés, Madame, Monsieur :

AUTORISENT le personnel de la structure à prendre toutes les initiatives nécessaires en cas d'accident ou de maladie subite de mon enfant.

DECHARGENT la direction de la structure de toutes responsabilités pendant le trajet jusqu'à L hôpital.

Les personnes ci-dessus mentionnées doivent être prévenues dans les plus brefs délais.

DEMANDENT au personnel de la structure :

- En cas de maladie de mon enfant, d'administrer sous ma responsabilité, les médicaments prescrits par son médecin traitant suivant le double de l'ordonnance,
- En cas de fièvre, d'administrer sous ma responsabilité les antipyrétiques selon les prescriptions du médecin de la structure ou du médecin traitant.
- D'appliquer de la crème solaire en cas de nécessité
- D'appliquer de la crème pour le siège en cas de nécessité
- D'appliquer de la crème contre les coups et bosses en cas de nécessité

CERTIFIENT n 'avoir rajouté aucune substance aux médicaments prescrits à notre enfant pendant toute la durée du contrat d'accueil et que ces médicaments ont été reconstitués selon la notice d'emploi.

A _____, le ____/____/____ Mention « lu et approuvé »
Signature des DEUX parents

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER

Nous soussignés, Madame, Monsieur :

AUTORISENT / N'AUTORISENT PAS que mon enfant soit photographié aux fins d'utilisation par :

- la structure elle-même
- le service communication de la ville
- internet
- les journaux, publications diverses (rayez la mention qui ne vous convient pas si besoin)

CERTIFIENT que si je reçois/nous recevons des photos, je ne les utilise pas à d'autres usages que familial.

A _____, le ____/____/____ Mention « lu et approuvé »
Signature des DEUX parents

AUTORISATION DE CONSULTATION DU SITE CAF PRO

Nous soussignés, Madame, Monsieur :

La direction consultera votre dossier allocation CAFPRO, afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul de la participation financière. Elle s'assure que ces données restent confidentielles.

A _____, le ____/____/____ Mention « lu et approuvé »
Signature des DEUX parents

AUTORISATION DE JARDINAGE

Nous soussignés, Madame, Monsieur :

AUTORISENT / N'AUTORISENT PAS mon enfant à pratiquer l'activité jardinage.

A _____, le ____/____/____ Mention « lu et approuvé »
Signature des DEUX parents

AUTORISATION ATELIERS CUISINE ET EVEIL AUX GOÛTS

Lors de nos diverses animations, nous organisons des ateliers cuisine et éveil au goût soit au sein même du multi accueil (fêtes, anniversaires) soit en partenariat avec : l'EHPAD, le cinéma, le centre de loisirs, pâtisseries apportées par les parents pour les anniversaires....

Ces animations permettent aux enfants d'explorer divers univers culturels et sensoriels. Cependant, en raison des aliments qui leur sont proposés et qui peuvent provoquer des réactions allergiques nous vous demandons de remplir le document ci-dessous, de le signer, et de nous le retourner rapidement.

Vous en remerciant par avance,

L'équipe du multi accueil reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire

Nous soussignés, Madame, Monsieur :

AUTORISENT / N'AUTORISENT PAS

Mon enfant à participer aux ateliers cuisine et éveil aux goûts.

Si vous souhaitez que votre enfant participe, merci de remplir le tableau ci-dessous :

Votre enfant a-t-il une allergie	OUI	NON
<u>SI OUI</u> Citez les aliments qui provoquent cette allergie		

A _____, le ____ / ____ / _____

Mention « lu et approuvé »
Signature des DEUX parents



CALCUL du TARIF HORAIRE du MULTI ACCUEIL

MONSIEUR :

MADAME :

Nom :

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse :

N° allocataire CAF : Autre :

Ressources : calculées à partir des données CAF. Le tarif horaire sera majoré de 15 % pour les extérieurs à la commune.

Le site CAF PRO est un site réservé aux professionnels, sécurisé qui nous transmet les revenus déclarés N – 2. Ces revenus nous permettent d'établir le tarif horaire de l'accueil (grille disponible en dernière page du règlement intérieur).

Le tarif prend en compte les revenus et le nombre d'enfants à charge dans la famille.

Soit :

<u>Revenus mensuels</u> :	€ X	<u>Taux d'effort</u> (barème cnaf)
=	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Une facture sera remise en fin de mois aux parents, **le non paiement de cette facture entraînera l'arrêt de l'accueil** et une procédure de mise en recouvrement par le trésor public.

Tout changement de situation familiale ou financière doit être immédiatement signalé à la directrice et fera l'objet d'une révision de la participation financière : naissance, mariage, chômage.....

La situation financière de la famille sera revue au 1er janvier de chaque année.

Toute fausse déclaration ou absence de déclaration entraîne le paiement au tarif maximum soit **2,92€ pour un enfant, 2,43 euros pour deux enfants (2017 prix horaire CAF)....**

Nous soussignés, Madame, Monsieur :

ACCEPTENT la facturation déterminée ci dessus.

A _____, le ____ / ____ / _____

Mention « lu et approuvé »
Signature des DEUX parents

Signature Multi accueil
Fait en deux exemplaires

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Nous soussignés, Madame, Monsieur :

CERTIFIENT avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous nous engageons à respecter toutes les clauses.

A _____, le ____/____/_____ Mention « lu et approuvé »
Signature des DEUX parents