



DOSSIER D'INSCRIPTION

ÉTABLISSEMENTS D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

COMMUNAUTÉ DE COMMUNES

CHÂTEAUBRIANT-DERVAL

La Chapelle Glain – Châteaubriant – Derval - Erbray – Le Grand Auverné – Fercé – Issé – Jans - Juigné les Moutiers
– La Meilleraye de Bretagne – Louisfert – Lusanger – Marsac sur Don - Moisdon la Rivière – Mouais - Noyal sur
Brutz – Le Petit Auverné – Rougé – Ruffigné – Soudan – Soulvache – Saint Aubin des Châteaux – Saint Julien de
Vouvantes – Saint Vincent des Landes – Sion les Mines - Villepôt

La Maison de l'Enfant

Le P'tit Castel

Le Pôle Enfance

L'ENFANT

NOM et Prénom :

Date de naissance : Date limite d'accueil : Sexe :

Date d'inscription : Date de sortie :

Adresse :

Accueil : occasionnel

permanent

LES RESPONSABLES LÉGAUX

LA MAMAN

NOM et Prénom :

NOM de jeune fille : Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone fixe : Portable :

Profession : Employeur :

Numéro de téléphone professionnel :

LE PAPA

NOM et Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone fixe : Portable :

Profession : Employeur :

Numéro de téléphone professionnel :

Numéro d'allocataire CAF :

Numéro d'allocataire MSA :

e-mail :@.....

L'ACCUEIL PERMANENT

JOURS	HORAIRES
Lundi	
Mardi	
Mercredi	
Jeudi	
Vendredi	

Qui accompagnera votre enfant ? le matin : le soir :

SITUATION FAMILIALE

célibataire mariés vie maritale divorcés séparés veuf (ve)

L'enfant est-il reconnu par le père la mère

L'enfant est-il adopté oui non

Droit de visite accordé père mère

Autorité parentale père mère

FRATRIE

NOM et Prénom	Date de naissance	Problèmes de santé éventuels

SUIVI MÉDICAL

Médecin traitant : N° de tél.

Pédiatre : N° de tél.

Autres :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX FAMILIAUX :

Le papa :

La maman :

PÉRIODE NÉONATALE :

Grossesse :

Accouchement : Lieu :

Terme :

Allaitement :

PETITE ENFANCE :

Antécédents médicaux/chirurgicaux :

Allergies alimentaires/médicamenteuses :

AUTORISATIONS

ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS

Nous soussignons, Madame et (ou) Monsieur, autorisons le personnel du multi-accueil à administrer en cas de fièvre supérieure à 38,5 °C, une dose de paracétamol sirop correspondant au poids de notre enfant.

Date :

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé »

AUTORISATION DE SOINS ET D'HOSPITALISATION

Personne à avertir en cas d'urgence :

A quelle adresse :

Numéro de téléphone fixe :Portable :

Numéro de poste si besoin :

Nous soussignons, Madame et (ou) Monsieur autorisons la responsable du multi-accueil à transporter et hospitaliser notre enfant (Nom et Prénom) pour tous soins médicaux et interventions chirurgicales jugés nécessaires par le médecin. Nous devons être prévenus dans les plus brefs délais.

Date :

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé »

PERSONNE AUTORISÉE A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Nous soussignons, Madame et (ou) Monsieur, autorisons les personnes (impérativement majeures) ci-dessous citées à prendre en charge notre enfant au multi-accueil :

Nom	Prénom	Numéro de tél.	Lien de parenté
M.
M.
M.

Date :

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé »

AUTORISATION DE PHOTOS ET DE VIDÉOS

Nous soussignons, Madame et (ou) Monsieur, autorisons*, n'autorisons pas l'équipe du multi-accueil à photographier et/ou à filmer notre enfant.

*Rayer la mention inutile

Date :

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé »

AUTORISATION DE SORTIE

Nous soussignons, Madame et (ou) Monsieur, autorisons*, n'autorisons pas l'équipe du multi-accueil à sortir avec notre enfant à l'extérieur de la structure pour des sorties pédestres. Le taux d'encadrement, pour cette sortie, est fixé à une professionnelle pour 2 enfants

*Rayer la mention inutile

Date :

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé »

AUTORISATION D'INFORMATION

Nous soussignons, Madame et (ou) Monsieur,, acceptons*, n'acceptons pas, de recevoir par courriel les informations concernant la Communauté de Communes Châteaubriant-Derval.

*Rayer la mention inutile

Date :

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé »

CONSULTATION CAFPRO

Nous soussignons, Madame et (ou) Monsieur,autorisons *, n'autorisons pas la Communauté de Communes Châteaubriant-Derval à consulter les éléments nécessaires, mise à disposition par la CAF, pour le calcul de notre tarif horaire.

Conformément à la loi « informatique et libertés », les familles peuvent s'opposer à la consultation de ces informations. Dans ce cas, elles devront fournir les photocopies nécessaires au traitement de leur dossier (avis d'imposition N-2 et livret de famille).

*Rayer la mention inutile

Date :

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé »

APPROBATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Nous soussignons, Madame et Monsieur, déclarons avoir pris connaissance du règlement intérieur de fonctionnement des établissements d'accueil du jeune enfant de la Communauté de Communes Châteaubriant-Derval et nous nous engageons à respecter toutes les clauses sans aucune réserve.

Date :

Signatures des représentants légaux précédées de la mention « lu et approuvé »