

## Dossier d'inscription Micro-crèches Néo & Kinette

Jours et heures de présence de l'enfant souhaités :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Heure d'arrivée *					
Heure de départ *					

\*Préciser les horaires au ¼ d'heure près.

### Renseignements sur l'enfant:

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance / Date de naissance prévue: \_\_\_\_\_

### Domicile de l'enfant:

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone du domicile (fixe) : \_\_\_\_\_

### Renseignements sur les parents:

#### *Le papa:*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Adresse employeur : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel: \_\_\_\_\_

#### *La maman:*

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_ Employeur : \_\_\_\_\_

Adresse employeur : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel: \_\_\_\_\_

**Situation familiale:** \_\_\_\_\_

Personne ayant la garde de l'enfant : \_\_\_\_\_

**Fratrie :**

Nom frère/sœur : \_\_\_\_\_ Prénom frère/sœur : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom frère/sœur : \_\_\_\_\_ Prénom frère/sœur : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom frère/sœur : \_\_\_\_\_ Prénom frère/sœur : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Renseignements sanitaires de l'enfant (à renseigner si l'enfant est né avant la date de demande):**

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale (de l'enfant) : \_\_\_\_\_

Ces informations sont certifiées exactes en date du : \_\_\_\_\_

Signature du représentant légal : \_\_\_\_\_

**Coordonnées du médecin de l'enfant :**

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

**Antécédents médicaux de l'enfant :**

Allergies : \_\_\_\_\_

Asthme : \_\_\_\_\_ Eczéma : \_\_\_\_\_ Convulsion : \_\_\_\_\_

Autres antécédents médicaux : \_\_\_\_\_

**Vaccination (joindre obligatoirement une copie des pages de vaccination du carnet de santé)**

Diphtérie - Tétanos - Polio		
Dates	Injections	Médecin

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

**Soins d'urgence et délivrance de Doliprane**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ responsable de l'enfant \_\_\_\_\_ déclare exacts les renseignements de santé portés sur le dossier d'inscription et autorise la responsable de la crèche à prendre, le cas échéant, toutes mesures nécessaires (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) en cas d'urgence et selon l'état de l'enfant.

J'autorise le personnel de la crèche à administrer du «Doliprane» 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'informations 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 pouvant récupérer l'enfant :

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 l'accepter dans son intégralité.

Fait à \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Signature du responsable légal :

## Pièces justificatives obligatoires pour finaliser l'inscription

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 nécessitant un suivi particulier ou devant suivre un protocole médical individualisé, un 2ème certificat médical établi par le médecin référent de la structure sera demandé	<input type="checkbox"/>
Une ordonnance «au poids» de délivrance de Doliprane établi par le médecin de l'enfant	<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 le domicile habituel de l'enfant	<input type="checkbox"/>
Photocopie d'assurance responsabilité civil et individuelle	<input type="checkbox"/>
Un relevé d'identité bancaire.	<input type="checkbox"/>
Le dernier avis d'imposition du foyer fiscal	<input type="checkbox"/>
Dernier bulletin de salaire des 2 parents	<input type="checkbox"/>
Un justificatif de domicile de moins de 3 mois	<input type="checkbox"/>
Une attestation de carte vitale	<input type="checkbox"/>