

# Dossier d'inscription



*le cocon*

77 Avenue du Maréchal Foch, 93460 Gournay-sur-Marne

## Jour et heures de présence en structure :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Arrivé					
Départ					

## Renseignements Enfant :

Nom :	_____		
Prénom :	_____		
Date de Naissance :	_____	Age :	_____

## Domicile de l'Enfant :

Adresse :	_____		
Code Postal :	_____	Ville :	_____
Téléphone du domicile (fixe) :	_____		

## Renseignements parents

Nom :	_____	Prénom :	_____
Prénom :	_____	Employeur :	_____
Adresse employeur :	_____		
Code Postal :	_____	Ville :	_____
E-mail :	_____		
Portable :	_____	Téléphone travail :	_____

Nom :	_____	Prénom :	_____
Prénom :	_____	Employeur :	_____
Adresse employeur :	_____		
Code Postal :	_____	Ville :	_____
E-mail :	_____		
Portable :	_____	Téléphone travail :	_____

## Situation familiale :

Mariés	Pacsés	Concubins	Veuf(ve)	Célibataire	Divorcés
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne ayant la garde ? :	_____				
Nombre de frères et sœurs :	_____				

## Renseignements sanitaires :

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

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

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

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

Médecin de famille : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

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

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

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 Doliprane

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 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 proposée 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.

Date et 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.

Date et 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 : \_\_\_\_\_

Date et 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 \_\_\_\_\_

Date et signature du responsable légal :

# Pièces d'inscription obligatoires

Dossier d'inscription ci-dessus dûment remplis.	<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 établi 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 an 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 civil 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"/>