



Le bourg 16150 EXIDEUIL
05 45 31 64 93
Email : lutins@gpa7916.fr

Fiche d'inscription



« LA P'TITE MAISON »

7, rue des écoles 16150 CHABANAIS
05 45 89 69 33
Email : maison-petiteenfancechabonais@orange.fr

1. Votre enfant

Nom

Prénom

Date de naissance/date prévue

Sexe : Masculin Féminin

Accueil

Date d'entrée envisagée :

Type d'accueil souhaité : régulier (avec contrat d'accueil mensualisé)

occasionnel (il est conseillé de réserver la place)

Jours et horaires souhaités :

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
.....

Nombre de semaines d'absence par an en plus des temps de fermeture :

2. Foyer

Nombre d'enfants à charge (enfant à naître inclus) :

Dont enfant(s) bénéficiaires(s) de l'AEEH :

3. Responsables légaux de l'enfant

Père

Marié Pacsé Concubinage
Séparé Divorcé Veuf

Nom

Prénom

Adresse

.....

Tel :/...../...../...../.....

Mail@.....

Profession

N° sécurité sociale

Employeur : Nom :

Tel :/...../...../...../.....

Mère

Mariée Pacsée Concubinage
Séparée Divorcée Veuve

Nom

Prénom

Adresse

.....

Tel :/...../...../...../.....

Mail@.....

Profession

N° sécurité sociale

Employeur : Nom :

Tel :/...../...../...../.....

N° Allocataire CAF Ou N° MSA :

4. Informations sanitaires et de liaison

Nom du médecin traitant :




Adresse et n° de téléphone du médecin traitant :

Personnes à contacter en cas d'urgence (autres que les parents) :











Nom	Adresse	Numéro de téléphone

5. Engagements / Autorisations des parents ou du responsable de l'enfant

Nous soussignons et, parents de l'enfant

-  nous engageons à respecter le(s) règlement(s) de fonctionnement,
-  autorisons le(s) multi-accueil(s) à faire transporter notre enfant au centre hospitalier le plus proche en cas d'urgence et à faire pratiquer, sous anesthésie si nécessaire, toute intervention médicale ou chirurgicale que demande son état,
-  autorisons les personnes ci-dessous à reprendre l'enfant (autres que les parents) :

Nom	Adresse	Numéro de téléphone

	OUI	NON
 autorisons la diffusion des photos de mon enfant sous forme d'affichage,		
 autorisons la diffusion de ces images sur les sites internet des structures,		
 autorisons la diffusion de ces images sur les sites internet dans la presse,		
 autorisons la diffusion de ces images sur les rapports des stagiaires,		
 autorisons le(s) multi-accueil(s) à administrer à mon enfant les éventuelles médications sur protocole ou prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance,		
 autorisons le(s) multi-accueil(s) à administrer à mon enfant un antipyrétique (paracétamol) en cas de fièvre supérieure ou égale à 38,5C° selon le poids et l'ordonnance fournie (valable pour la durée de l'accueil).		
 autorisons le(s) multi-accueil(s) à emmener notre enfant pour des échanges avec l'école et des ballades sur la commune,		
 autorisons le(s) multi-accueil(s) à emmener notre enfant pour des sorties extérieures sous réserve d'en être informés au préalable,		
 autorisons le(s) multi-accueil(s) à transmettre les documents à « La maison des lutins » ou à « La p'tite maison » en cas de double inscription,		
 autorisons le(s) multi-accueil(s) à consulter mon dossier allocataire-CAFPRO. <i>(* si non, fournir la déclaration de revenus N-2)</i>		*

SIGNATURES

Faire précéder la signature de la mention « lu et approuvé »

Père (Nom et signature)

Mère (Nom et signature)

Tuteur / Famille d'accueil (Nom et signature)