



**La Maison  
des Lutins**

Structure Multi Accueil

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

# Fiche d'inscription



CHABANAIS



« LA P'TITE MAISON »

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

## 1. Votre enfant

Nom

Prénom

Date de naissance/date prévue

Sexe Masculin

Féminin

### Accueil

Date d'entrée

régulier (avec contrat d'accueil mensualisé)  occasionnel (appeler le multi accueil quelques jours avant pour réserver la place)

Les jours et horaires réservés

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
.....	.....	.....	.....	.....

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

TARIF HORAIRE : <small>(ressources mensuelles par le taux appliqué)</small>	
Ressources mensuelles:	
Nombre d'enfants à charge: (enfant à naître inclus)	
Dont enfant(s) bénéficiaires(s) de l'AEEH	
Taux appliqué : <small>(0,06% : 1; 0,05% : 2; 0,04% : 3; 0,03% : 4)</small>	

## 2. Responsables légaux de l'enfant

### Père

Marié  Concubinage  Séparé  Divorcé   
Veuf

Nom .....

Prénom.....

Adresse.....

...../...../...../...../.....

Mail.....@.....

Profession.....

N° sécurité social : .....

Employeur .....

...../...../...../...../.....

### Mère

Mariée  Concubinage  Séparée  Divorcée   
Veuve

Nom .....

Prénom.....

Adresse.....

...../...../...../...../.....

Mail.....@.....

Profession.....

N° sécurité social : .....

Employeur .....

...../...../...../...../.....

N° Allocataire CAF Ou N° MSA : .....



**La Maison  
des Lutins**

Structure Multi Accueil

Le bourg 16150 EXIDEUIL

☎ 05 45 31 64 93

Email : lutins@gpa7916.fr

# Fiche d'inscription



CHABANAIS



« LA P'TITE MAISON »

7, rue des écoles 16150 CHABANAIS

☎ : 05 45 89 69 33

Email : maison-  
petiteenfancechabonais@orange.fr

## 3. Informations sanitaires et de liaison

Nom du médecin traitant : .....

Adresse et n° de téléphone du médecin traitant : .....

Renseignements particuliers concernant l'enfant : .....

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

Nous soussignés : .....

parents de l'enfant : .....

nous engageons à respecter le(s) règlement(s) de fonctionnement et

Autorisons les personnes ci dessous à reprendre l'enfant :

Nom	Adresse	N° tel

Oui Non

Autorisons le(s) multi accueil (s) à photographier ou filmer mon enfant		
Autorisons la diffusion lors d'exposition de ces images aux familles		
Autorisons la diffusion de ces images sur les sites internet des structures et dans la presse		
Reconnaissons expressément et sans aucune réserve que les images éventuelles de mon enfant sont acquises définitivement et sans paiement en contre partie.Elles ne seront ni vendues, ni utilisées à d'autres usages.		
Autorisons le(s) multi accueil (s) à administrer à mon enfant les éventuelles médications prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance, ou protocole		
Autorisons le(s) multi accueil(s) à administrer à mon enfant des antipyrétique (paracétamol) en cas de fièvre sup ou égale à 38,5C° selon le poids et l'ordonnance fournie ; <i>valable pour la durée de l'accueil.</i>		
Autorisons le(s) multi accueil(s) à faire transporter notre enfant au centre hospitalier		
Autorisons le(s) multi accueil(s) à faire pratiquer, sous anesthésie si nécessaire, toute intervention médicale ou chirurgicale que demande son état		
Autorisons le(s) multi accueil(s) à emmener notre enfant pour des sorties extérieures sous réserve d'en être informé (e,s) 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		

### SIGNATURES

Père (Nom et signature)

Mère (Nom et signature)

Tuteur ou Famille d'accueil(Nom et signature)

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