

Pôle Enfance Jeunesse : 04 75 81 82 60 (inscriptions) / Centre Multi-Accueil : 04 75 44 39 75

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ENFANT

Nom : Prénom :

Date de naissance :

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX PARENTS

Parent 1

Nom :

Prénom :

Mariés

Pacsés

En concubinage

Séparés

Divorcés

Adresse :

Tél. du domicile :

Tél. portables :

E-mail :

Employeur du Parent 1 :

Adresse :

Profession :

Employeur du Parent 2 :

Adresse :

Profession :

Parent 2

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Téléphone :

Organisme d'Allocations Familiales et numéro d'allocataire :

Nous déclarons avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et nous nous engageons à en respecter les termes.

Fait à :

Le :

Signature du Parent 1 (Lu et approuvé)

Signature du Parent 2 (Lu et approuvé)

AUTORISATION DE SOINS ET D'URGENCE

EN CAS D'URGENCE

Je/Nous soussigné(s) :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Autorise / Autorisons le personnel du Centre Multi-Accueil à prendre les dispositions nécessaires auprès des services des d'urgence.

Autorise / Autorisons l'équipe médicale à pratiquer une anesthésie générale et/ou une intervention chirurgicale si nécessaires

Médecin traitant

Le médecin traitant ou pédiatre de l'enfant (qui sera prévenu en priorité) étant :

Docteur :

Adresse :

Téléphone :

Il est convenu qu'en cas d'accident et d'urgence, nous serons prévenus au plus vite par la directrice du Centre Multi-Accueil ou un membre du personnel présent, à l'un des numéros suivants :

Tél. domicile :

Tél. parent 1 : Portable du parent 1 :

Tél. parent 2 : Portable du parent 2 :

En cas d'absence du/des parent(s) à l'un de ces numéros, joindre :

Nom et prénom :

Lien de parentalité :

Adresse :

Téléphone :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX DIVERS

ALLERGIE(S) ÉVENTUELLES (médicamenteuses, alimentaires...)

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (médicamenteuses, alimentaires...)

PATHOLOGIE(S) CHRONIQUE(S) OU INVALIDANTE(S)

Votre enfant a-t'il déjà eu des convulsions ? Oui Non

Si oui, précisez dans quelles circonstances ?

Votre enfant a-t'il déjà eu des spasmes de sanglot ? Oui Non

Je m'engage à toujours prévenir le Centre Multi-Accueil, immédiatement et systématiquement, de tout changement (téléphone, domicile, employeur...) afin que les renseignements fournis puissent être tenus à jour.

NB : Le Centre Multi-Accueil déclinera toute responsabilité en cas d'indisponibilité de joindre le(s) parent(s), faut d'avoir été informé d'un changement éventuel.

Signature du Parent 1

Signature du Parent 2

Signature de la directrice

PHARMACIE DE SECOURS DANS LA STRUCTURE

- **Sérum physiologique uni doses** : pour les soins de nez et des yeux.
- **ARNICA 5 CH granules homéopathiques ou ARNIGEL application locale** : en cas de contusions, coups, bosses ou autres traumatismes
- **BISEPTINE** : antiseptique pour application locale.
- **CHAMOMILLA VULGARIS 5 CH granules homéopathiques** : pour les douleurs dentaires (Camilia).
- **APIS MELLIFICA 5 CH granules homéopathiques** : pour les piqûres d'insectes.
- **GEL D'APIS (application locale)** : pour les piqûres d'insectes.
- **LINIMENT OLEOCALCAIRE** : produit naturel pour nettoyer le siège.
- **BEPANTHEN POMMADE** : en cas d'érythème fessier important.
- **DOLIPRANE** : en suspension buvable ou en suppositoire en cas d'hyperthermie.

Je/Nous soussigné(s) :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Autorise / Autorisons le personnel du Centre Multi-Accueil à administrer à mon / notre enfant
, en cas de nécessité les traitements ci-dessus.

Si vous avez connaissance d'intolérance ou de réaction allergique à l'un de ces produits, merci de nous le préciser
en le notant ci-dessous.

Signature du Parent 1

Signature du Parent 2

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE DES SORTIES DE L'ENFANT PAR DES PERSONNES MAJEURES UNIQUEMENT ET MUNIES D'UNE PIÈCE D'IDENTITÉ

Je/Nous soussigné(s) :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Autorise / Autorisons les personnes ci-après à récupérer notre enfant
à l'horaire que j'aurai / nous aurons donné à l'équipe éducative.

Personne 1

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone sur lequel la personne est facilement joignable :

Personne 2

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone sur lequel la personne est facilement joignable :

Personne 3

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone sur lequel la personne est facilement joignable :

Personne 4

Lien avec l'enfant :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone sur lequel la personne est facilement joignable :

Les personnes désignées devront alors présenter une pièce d'identité à l'équipe éducative.

AUTORISATIONS OBLIGATOIRES À LA FRÉQUENTATION DE LA STRUCTURE

Je/Nous soussigné(s) :

Nom : Prénom :

Nom : Prénom :

Autorise / Autorisons le personnel à sortir mon enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe

Autorise / Autorisons le personnel à prendre les mesures d'urgences nécessaires (hospitalisation, SAMU, pompiers)

Autorise /Autorisons le personnel à prendre mon enfant en photo

- pour une utilisation interne à la structure
- pour publication sur le magazine de la ville

Autorise / Autorisons la direction à consulter notre dossier allocataire CAF via le service CDAP (consultation du dossier allocataire par le partenaire) afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières

Autorise / Autorisons le gestionnaire du Centre Multi Accueil à conserver les documents fournis durant 5 ans.

Fait à : Signature du Parent 1 Signature du Parent 2

Le :

DOCUMENTS À JOINDRE AU DOSSIER DE PRÉ-INSCRIPTION

- Livret de famille
- Numéro d'allocataire CAF
- Justificatif de domicile de moins de 3 mois
- Certificat d'aptitude à la vie en collectivité, délivrés par le médecin traitant
- Ordonnance avec posologie en cas de fièvre, délivrés par le médecin traitant pour une durée de 1 an
 - Photocopies des vaccinations sur le carnet de santé
- Attestation d'Assurance Responsabilité Civile à demander à votre compagnie
- Pour les familles monoparentales, un Jugement de divorce, droits de garde (le cas échéant)
- Mandat SEPA (Annexe 1) + RIB (si vous souhaitez la mise en place du prélèvement automatique)
 - Enquête FILOUE (Annexe 2)

Tout changement doit être impérativement et immédiatement signalé au Service Petite Enfance en Mairie (situation familiale, adresse, téléphone, etc ...).

Un Règlement de fonctionnement du Centre Multi Accueil est mis à disposition des familles qui souhaitent le consulter, à l'entrée de la structure.

MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

AUTORISATION DE PRELEVEMENT :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez la MAIRIE DE GUILHERAND-GRANGES à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la MAIRIE DE GUILHERAND-GRANGES.

Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle.

Une demande de remboursement doit être présentée dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT DU CRÉANCIER SEPA (ICS)

FR13ZZZ676254

DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

COMMUNE DE GUILHERAND-GRANGES
1, PLACE DES 5 CONTINENTS
07500 GUILHERAND-GRANGES

RÉFÉRENCE UNIQUE DE MANDAT (RUM)

DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom et prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IBAN :

BIC :

TYPE DE PAIEMENT

Paiement récurrent / répétitif

Paiement ponctuel

À

Le

Signature :

DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ (SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME)

Nom et prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (AU FORMAT IBAN BIC)

RAPPEL : En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la MAIRIE DE GUILHERAND-GRANGES. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la MAIRIE DE GUILHERAND-GRANGES.

ENQUÊTE FILOUE



Madame, Monsieur,

Afin de mieux connaître les publics accueillis dans les établissements du jeune enfant (Eaje), la Caisse d'Allocations Familiales (Cnaf) prévoit la généralisation progressive du dispositif d'informations « Filoué » expérimenté depuis 2014 dans 10 Caf volontaires.

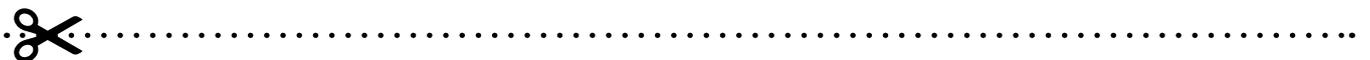
Il s'agit de faire remonter à la Cnaf, **de façon totalement anonymisée**, les informations des crèches qu'elle finance : nombre d'enfants accueillis, caractéristiques des familles, lieu de résidence des enfants, articulation avec les autres modes d'accueil, etc.

La branche Famille a besoin de ces informations détaillées afin de mieux piloter et évaluer la politique d'accueil du jeune enfant. Forte de ces informations, la Cnaf pourra, ainsi, mieux répondre aux besoin des familles.

Cette transmission de données ne pourra se faire que dans le respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). C'est pourquoi nous sollicitons votre consentement pour la transmission de ces données personnelles via le coupon-réponse ci-dessous.

Il est à noter qu'au titre du RGPD, vous bénéficiez d'un droit de retrait du consentement. À souligner aussi que le non-consentement n'aura aucune conséquence pour vous.

Pour en savoir plus sur Filoué : www.caf.fr (rubriques recherches et statistiques)



Nom de l'établissement fréquenté par votre enfant :

Votre nom :

Votre prénom :

J'accepte que des données à caractère personnel soient transmises à la Cnaf à des fins de statistiques relatives aux publics accueillis dans les Eaje.

Je n'accepte pas que des données à caractère personnel soient transmises à la Cnaf à des fins de statistiques relatives aux publics accueillis dans les Eaje.

Date :

Signature :