

MULTI ACCUEIL LE MANÈGE ENCHANTE

Nom du responsable : ODET Catherine

Adresse : 1 place Colette Besson – 69730 Genay

Adresse mail : lemanege.enchante@leolagrange.org

Téléphone : 09.51.05.52.62 / 04.78.98.29.13

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

La ville de GENAY a confié la gestion du multi accueil le manège enchanté à l'association Léo Lagrange Centre Est depuis 2009.

Votre enfant va fréquenter le Multi-accueil « **le manège enchanté** ». Afin de l'accueillir dans les meilleures conditions, nous avons besoin de recueillir des informations de votre part. Merci de **compléter cette fiche de renseignements** et de **la rapporter au plus vite à la directrice du multi accueil**.

En cas de modification de tout ou une partie de ces informations durant l'année, vous devez en Informer la directrice du multi accueil, par écrit ou par mail.

Les règles d'utilisation de ce multi accueil sont précisées dans le règlement de fonctionnement joint à cette fiche.

Après en avoir pris connaissance, vous vous engagez à les respecter.

Justificatifs à joindre au dossier et à remettre le jour de l'inscription :

- ☐ **Dossier inscription rempli et signé**
- ☐ Photocopie du **livret de famille** ou de l'acte de naissance de l'enfant
- ☐ Votre **numéro d'allocataire CAF**
- ☐ **Attestation de l'assurance de responsabilité civile au nom de l'enfant** (à demander à votre assureur)
- ☐ Photocopie de la **carte vitale** dont dépend l'enfant
- ☐ Photocopie d'un **justificatif de domicile** de moins de 3 mois
- ☐ **Attestation de travail** des deux employeurs (accueil régulier)
- ☐ **Certificat de scolarité pour les parents étudiants**
- ☐ En cas de séparation : copie du jugement
- ☐ En cas de prélèvement, Joindre un **RIB**
- ☐ **Ordonnance de paracétamol** } A demander au médecin traitant ou pédiatre
- ☐ **Certificat d'aptitude à la vie en collectivité** }
- ☐ Photocopie du **carnet de vaccination**

Justificatifs à faire parvenir en cas de changement de sa situation familiale ou professionnelle :

-  **De sa situation familiale**
Toutes les pièces justificatives d'un changement intervenu dans la situation familiale (naissance, divorce, mariage, droit de garde de l'enfant)
-  **De domicile**
Fournir un justificatif du nouveau domicile
-  **D'employeur**
Une nouvelle attestation de travail

COMPOSITION DU FOYER

ENFANT

Nom : Prénom :
 Sexe : ☐ Fille ☐ Garçon
 Date de naissance :
 Nationalité :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone domicile :
 Autorité parentale : ☐ Conjointe ☐ Parent 1 ☐ Parent 2
☐ Parent 3

PARENT 1

Nom : Prénom :
 Nom de jeune fille : Né(e) le :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone domicile : Portable :
 Téléphone travail : E-mail :
 Nombre d'enfants à charge :
 Titulaire de l'autorité parentale ☐ oui ☐ non
 Profession : Employeur :
☐ Temps complet ☐ temps partiel :
☐ Horaires décalées ☐ Autre :

PARENT 2

Nom : Prénom :
 Nom de jeune fille : Né(e) le :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone domicile : Portable :
 Téléphone travail : E-mail :
 Nombre d'enfants à charge :
 Titulaire de l'autorité parentale ☐ oui ☐ non
 Profession : Employeur :
☐ Temps complet ☐ temps partiel :
☐ Horaires décalées ☐ Autre :

Cadre à remplir dans le cas où l'un des parents ne vit pas au domicile de l'enfant

PARENT 3

Nom : Prénom :
 Nom de jeune fille : Né(e) le :
 Adresse :
 Code Postal : Ville :
 Téléphone domicile : Portable :
 Téléphone travail : E-mail :
 Nombre d'enfants à charge :
 Titulaire de l'autorité parentale ☐ oui ☐ non
 Profession : Employeur :
☐ Temps complet ☐ temps partiel :
☐ Horaires décalées ☐ Autre :

FRERE(S) ET SŒUR(S)

NOM		Né(e) le :	
Prénom		Sexe	M ☐ F ☐
NOM		Né(e) le :	
Prénom		Sexe	M ☐ F ☐
NOM		Né(e) le :	
Prénom		Sexe	M ☐ F ☐
NOM		Né(e) le :	
Prénom		Sexe	M ☐ F ☐
NOM		Né(e) le :	
Prénom		Sexe	M ☐ F ☐

FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant :

Sexe: **M** ☐ **F** ☐

Vaccinations

Se référer au carnet de santé de l'enfant

VACCINS Obligatoire	Date 1 ^{ère} injection	Date 2 ^{ème} injection	Date 3 ^{ème} injection	RAPPEL
DTP				
Coqueluche (facultatif pour les enfants nés avant 2018)				
Rougeole- Oreillons-Rubéole (facultatif pour les enfants nés avant 2018)				
BCG Facultatif pour les enfants nés après 2018				
Autres facultatifs				

Renseignements médicaux

Allergies:

Asthme : ☐ , médicamenteuse ☐

Alimentaires ☐ Autres ☐

☐ Autres **difficultés de santé** nécessitant une surveillance particulière (*maladie, accident, hospitalisation, opération*)

.....

☐ **Précautions utiles** nécessitant pour l'accueil de l'enfant (*lunettes,...*) :

.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

Téléphone:

DOSSIER D'INSCRIPTION

AUTORISATIONS

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Parent 1 :

Parent 2 :

Parent 3 :

Personnes autorisées

Je soussigné(e) M _____

1. Autorise la ou les personne(s) majeur(s) désignée(s) ci-dessous à venir chercher mon enfant sur présentation d'une pièce d'identité :

NOM, Prénom, Lien de parenté

.....

Tel :

.....

Tel :

.....

Tel :

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom, Prénom, adresse (les parents étant contactés en premier)

..... Tel :

..... Tel :

..... Tel :

Autorisation médicale

Je soussigné(e) M.....autorise le responsable de la structure en cas d'urgence et d'impossibilité de me joindre par téléphone

1. A prendre toutes les mesures qu'ils jugeront utiles en cas d'accident ou incident survenant sur la personne de mon enfant.....
2. A le faire transporter, hospitaliser et à faire pratiquer une anesthésie générale ou une intervention chirurgicale si nécessaire.

Fait à, le

Signature

Autorisation de Sorties

Je soussigné(e) M....., en qualité de

☐ Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Parent 3

autorise le personnel de la structure à sortir mon enfant..... de la structure (*marché, bibliothèque, école maternelle, ...*). Les sorties s'effectueront sous la surveillance et la responsabilité des professionnels du multi accueil. Le taux règlementaire d'encadrement sera scrupuleusement respecté.

Signature

Autorisation d'utilisation de l'image

Je soussigné(e) M....., en qualité de

☐ Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Parent 3

Représentant légal du (des mineurs):

Autorise l'équipe d'animation à photographier, filmer, diffuser et publier l'image de mon enfant dans le cadre de la communication de la crèche.

☐ oui ☐ non

Accepte de recevoir une invitation pour être connecté(e) à l'application web mobile leolagrange.kidizz.com qui me permet de suivre les activités de mon enfant. (Site sécurisé Avec un code personnel)

☐ oui ☐ Non

Reconnais avoir lu, et accepter sans réserve le règlement fonctionnement ☐ oui ☐ non

Signature

Consultation du site de la CAF

Je soussigné(e) M....., en qualité de

☐ Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Parent 3

Représentant légal du (des mineurs):

- ☐ Autorise la directrice et son adjointe à consulter le service mis à disposition par la CAF pour consulter les revenus des familles

Enquête Filoue

Je soussigné(e) M....., en qualité de

☐ Parent 1 ☐ Parent 2 ☐ Parent 3

Représentant légal du (des mineurs):

Accepte que les données à caractère personnel soient transmises à la CNAF à des fins statistiques relatives aux publics accueillis dans les EAJE.

☐ oui ☐ Non

Fait à, le.....

Signature :