

## Multi-accueil les Diablotins

### Enfant

Nom .....Prénom .....

Date de naissance.....

### Responsable(s) légal (aux) de l'enfant

Père	Mère
Nom.....	Nom.....
Prénom.....	Prénom.....
Adresse.....	Adresse.....
CP..... Ville.....	CP..... Ville.....
<input type="checkbox"/> Cocher l'adresse de facturation	<input type="checkbox"/> Cocher l'adresse de facturation
Tél domicile.....	Tél domicile.....
Tél portable.....	Tél portable.....
Adresse mail.....	Adresse mail.....
Profession.....	Profession.....
Nom de l'employeur.....	Nom de l'employeur.....
Adresse professionnelle.....	Adresse professionnelle.....
CP..... Ville.....	CP..... Ville.....
Tél Professionnel.....	Tél Professionnel.....

### Situation Familiale

Mariés  Pacsés  Vie maritale  Séparés  Divorcés

### Fratrnie

Nom.....	Nom.....	Nom.....
Prénom.....	Prénom.....	Prénom.....
Date de naissance.....	Date de naissance.....	Date de naissance.....

### Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom -prénom	Lien de parenté	Téléphones

Seuls les parents ou les personnes autorisées par écrit peuvent venir chercher l'enfant. La personne doit se munir d'une pièce d'identité et les mineurs autorisés à venir chercher l'enfant doivent être âgés de plus de 16 ans.

### Régime Allocataire et mode de paiement par prélèvement au trésor public

N° Allocataire..... CAF  MSA  EDF  SNCF

Prélèvement automatique  Oui (fournir un IBAN)  Non

### Autorisations Parentales

Autorise(nt) les professionnels du Multi-accueil à prendre les mesures d'urgence nécessaires concernant la santé de votre enfant (hospitalisation, SAMU, pompiers).

Autorise(nt) les professionnels du Multi-accueil, selon le protocole du médecin référent, à administrer un antipyrétique en cas de fièvre supérieur à 38°5 C de leur enfant et sont informé(s) qu'ils seront prévenus que leur enfant est fiévreux.

Autorise(nt) la direction à consulter notre dossier allocataire CAF sur le site internet CAFPRO afin de prendre connaissance des informations familiales permettant de déterminer le tarif horaire d'accueil.

Autorise(nt) la transmission anonymes pour des statistiques (Commune, âge enfant, tarif horaire) à la CAF (dossier FILOUE)

Autorise(nt) mon enfant à participer aux activités et aux sorties organisées par le multi-accueil  Oui  Non

Autorise(nt) mon enfant être pris en photo, à être filmé, lors des activités, des sorties et lors des publications municipales.  Oui  Non

Mme et/ou Mr .....atteste(nt) avoir pris connaissance du règlement intérieur du multi-accueil et accepte(nt) l'intégralité des clauses qui y sont stipulées.

Fait à Besné, le

Signature des parents précédée de la mention « lu et approuvé »

## Multi-accueil les Diablotins

### Enfant

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance .....

### Médecin Traitant

Nom .....  
Adresse .....  
CP ..... Ville.....  
Téléphone.....

### Vaccinations

Joindre **la copie du carnet de santé de tous les vaccins obligatoires pour l'entrée en collectivité**

**Diphtérie/Tétanos/Poliomyélite/Coqueluche/Haémophilus Influenzae B/Hépatite B  
Pneumocoque/Méningocoque C/Rougeole/Oreillons/Rubéole.**

### Maladies infantiles

Votre enfant a-t-il déjà eu les maladies suivantes ?

Rubéole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Varicelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Angine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rougeole	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Otite	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Oreillons	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Coqueluche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Scarlatine	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Rhumatisme articulaire aigu	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

### Allergie

Votre enfant présente-t-il les allergies suivantes ?

Allergies	oui	non
Asthmes-respiratoires		
Alimentaires		
Médicamenteuses		
Autres		

Si oui précisez

.....  
.....  
.....

### Protocole d'Accueil Individualisé

Un PAI est-il mis en place ou est-t-il nécessaire ?  Oui  Non

Si oui joindre obligatoirement une copie du protocole ainsi qu'une trousse d'urgence avec les médicaments nécessaires.

### Appareillages

Votre enfant porte-t-il des lentilles, des lunettes, des prothèses auditives, des prothèses dentaires, etc... Précisez.

.....  
.....

### Autres recommandations utiles

Mentionner, le cas échéant, toute autre difficulté de santé nécessitant une surveillance particulière de votre enfant (Maladie, hospitalisation, opération, autres....)

.....  
.....  
.....

Mme et/ou Mr .....déclare(nt) exacts les renseignements portés sur la  
fiche sanitaire de mon enfant ainsi que les pièces afférentes et autorise(nt) la responsable du Multi-accueil à prendre,  
le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires  
par l'état de mon enfant.

Fait le : .....Signatures des parents