**Multi-accueil « les P’tits Trognons »**

MAIRIE D’ESSERT  
Place de la Mairie  
90850 ESSERT  
🕿 03.84.21.33.20

🖳 03.84.21.94.66  
Mail mairie@essert.fr

**10 ter rue Pergaud - 90850 ESSERT**

**03.84.22.49.79**

multi-accueil@essert.fr

**DOSSIER D’INSCRIPTION**

1. **Nom Prénom de l’enfant:** ……………………………………………………………………………………...

Sexe : F ou M\* Date de naissance: ……………………………………… Nationalité : ……………………….

1. **Noms et prénoms des parents :**

Responsable 1: ………………………..……………………………

Responsable 2 : ……………..………………….…………………...

Situation familiale\*: mariés vie maritale pacsés divorcés séparés

Autorité parentale\* : Responsable 1 Responsable 2 les deux (donner justificatifs si séparation ou divorce)

Adresse du Responsable 1 ………………………………………………………………………………………….

du Responsable 2 …………………………………………..………………………………………………

(Joindre photocopie du justificatif domicile du parent détenant l’autorité)

Adresse mail : …………………………………………………………………………………………..……………

Téléphone du domicile: Responsable 1 ……………………………Responsable 2…………………………………

du portable: Responsable 1 …………………………… ……………………………….....

* **Composition de la famille :** nombre d’enfants à charge : ……..……………
* **Profession :**

**-** Responsable 1: ………………………………………………

Employeur: ………………………………… N° tél du travail: ……………………………………

- Responsable 2: …………………………………………….

Employeur: ………………………………… N° tél du travail: ……………………………………

* **N° allocataire CAF (7 chiffres + 1 lettre)**: ……………………… département : ….
* **N° immatriculation MSA:** …………………………………………………
* **Nom prénom de l’allocataire CAF ou MSA** **:** ………………………………………………

Avec ces numéros, afin de calculer votre tarif horaire, pouvons-nous avoir votre autorisation pour :

- accéder au logiciel CDAP 90 et 70 et le contact MSA, afin de calculer le tarif horaire de votre enfant : **oui non** **\***

- conserver une copie écran qui justifie vos ressources : **oui non** **\***

(En cas de refus, nous fournir la feuille d’imposition n-1 pour les ressources n-2. Sans document, le calcul du tarif horaire sera la base du prix plafond selon la composition de la famille, jusqu’à réception des documents sans effet rétroactif)

1. **Personnes majeures pouvant venir chercher l’enfant** (prévenir la structure à chaque fois)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom prénom | N° de téléphone | Qualité |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Sorties extérieures (à pied ou autre) autorisées avec le personnel \*:** **oui non**
2. **Autorisation du droit à l’image de l’enfant pendant son accueil (pas de commercialisation) \* :**

Photographie \* : **oui non** ; film \*: **oui non** ; presse \*: **oui non** site municipal internet \*: **oui non**

1. **Assurance**: ……………………………… **Adresse**: …………………………………………………………… ………………………………………………………… **N° de contrat** : …………………………………………

**Attention !** Donner une attestation au nom de l’enfant et la renouveler chaque année

1. **Carnet de santé :** fournir **les photocopies** **des vaccinations obligatoires** (référence carnet de vaccinations officiel 2018).
2. **Recommandations spécifiques des parents et difficultés de santé** (maladies, accident, crises de convulsion, opération, rééducation, lunettes, appareil…), préciser si besoin les précautions à prendre **:**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Maladies infectieuses déjà déclarées par l’enfant\***

Angine : **oui / non**; Varicelle : **oui / non**; Rubéole : **oui / non**; Scarlatine : **oui / non** ;

Otite : **oui / non**; Rougeole : **oui / non**; Oreillons : **oui / non** ; Coqueluche : **oui / non** ;

Rhumatisme articulaire aigu : **oui / non Autre à préciser : …………………………………**

1. **Allergies\* :** asthme : **oui / non** ; alimentaires **: oui / non** ; médicamenteuses : **oui / non** ;   
   **Autres** :……………………………………………………………………………………………………………

**En cas de maladie ou allergie spécifiques un PAI (protocole d’accueil individualisé) peut être rédigé avec le médecin de la structure, afin de préciser l’allergie et la conduite à tenir.**

* **Repas\*** : normal sans porc sans viande végétarien

**Médecin traitant**: ………………………………………… n° téléphone : …………………………………….

**En cas d’urgence ou d’accident, prévenir** ……………………………………………

Qui autorise\* le transfert à : Hôpital : …………………………………… Clinique : ……………………………

pour les soins médicaux, l’intervention chirurgicale, et les injections si nécessaire.

**Autorisations spécifiques :**

**Enquête FILOUÉ** : La CNAF, partenaire financeur, sollicite les structures pour mieux connaitre les caractéristiques des enfants accueillis en structure (âge de l’enfant, commune d’habitation, N° allocataire et les modalités d’accueil : nombre d’heures et facturation). Ces données sont exploitées pour des statistiques, donc rendues anonymes avant transmission a la CNAF. Il est important de savoir que les structures pourraient difficilement se passer des subventions de la CNAF. Conformément à la loi Informatique et Liberté, nous sollicitons vivement votre accord, pour la transmission de ces données : \* **oui / non**

**Soins** : Des **protocoles** ont été élaborés et sont à votre disposition sur simple demande auprès de la directrice et de son adjointe. Il se peut que durant l’accueil de votre enfant celui-ci ait besoin de soinset d’aide à la prise de médicaments.

**Nous vous demandons votre accord pour l’administration des médicaments prescrits**

**- sur ordonnance occasionnelle** en cas de maladie

**- sur ordonnance permanente** à fournir, pour deux médicaments et un soin utilisés en cas de besoin

**-** DOLIPRANE (antalgique, antipyrétique) \* **oui / non**

**- sans ordonnance sous couvert des protocoles de la structure :**

- SOLUTE REHYDRATATION \* **oui / non**

**-**  CREME CALENDULA (pour le change en cas de siège irrité) \* **oui / non**

**-** ARNICA GRANULES 9CH \* **oui / non**

**Couches** : A compter du 1° septembre 2013, la commune se doit de fournir gracieusement les couches aux enfants accueillis. A ce titre, le produit suivant vous est proposé : couches de chez Bébé Cash

**Nous avons besoin de votre accord pour les utiliser :**

**\*Oui**, je donne mon accord pour l’utilisation des couches  **\* Non**, je fournirai les couches

**\* rayer la mention inutile ou compléter par la négative**

« Conformément à la loi informatique et libertés du 6/1/1978, les familles disposent d’un droit d’accès, de rectification et d’opposition aux informations les concernant. Ce droit peut s’exercer à tout moment »

**Les parents déclarent exacts les renseignements ci-dessus, et en cas de changement les rectifieront immédiatement. Ils valident leurs réponses notifiés dans ce document, reconnaissent avoir pris connaissance du règlement des P’tits Trognons, et s’engagent à s’y conformer.**

**Le** ………………………… **à** ………………

**Signature du responsable 1 Et Signature de responsable 2**