

Dossier d'inscription Micro-crèche Mes Premiers Pas

Jours et heures de présence de l'enfant souhaités :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Heure d'arrivée*					
Heure de départ*					

*Préciser les horaires au ¼ d'heure près.

Renseignements sur l'enfant :

Nom :

Prénom :

Date de naissance / Date de naissance prévue :

Domicile de l'enfant :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone du domicile (fixe) :

Renseignements sur les parents :

Le papa :

Nom :

Prénom :

Profession :

employeur :

Adresse employeur :

Code postal :

ville :

Email :

Portable :

téléphone professionnel :

Adresse domicile :

La maman :

Nom :

Prénom :

Profession :

employeur :

Adresse employeur :

Code postal :

ville :

Email :

Portable :

téléphone professionnel :

Adresse domicile :

Situation familiale :

Personne ayant la garde de l'enfant :

Fratricie :

Nom frère/sœur :

Prénom frère\sœur :

Date de naissance :

Nom frère/sœur :

Prénom frère\sœur :

Date de naissance :

Nom frère/sœur :

Prénom frère\sœur :

Date de naissance :

Renseignements sanitaires de l'enfant (à renseigner si l'enfant est né avant la date de demande) :

Poids :

Taille :

Numéro de sécurité sociale (de l'enfant) :

Ces informations sont certifiées exactes en date du :

Signature du représentant légal :

Coordonnées du médecin de l'enfant :

Médecin de famille :

Adresse :

Téléphone :

Antécédents médicaux de l'enfant :

Allergies :

Asthme :

Eczéma :

convulsion :

Autres antécédents médicaux :

Vaccination (joindre obligatoirement une copie des pages de vaccination du carnet de santé)

Diphtérie – Tétanos – Polio		
Dates	Injections	Médecin

Autres (Anticoquelucheux, ROR, Prévenar, BCG...)		
Dates	Injections	Médecin

Soins d'urgence et délivrance de Doliprane :

Je soussigné(e) _____ responsable de
l'enfant _____ déclare exacts les renseignements de santé
portés sur le dossier d'inscription et autorise la responsable de la crèche à prendre, le cas échéant,
toutes mesures nécessaires (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) en
cas d'urgence et selon l'état de l'enfant.

J'autorise le personnel de la crèche à administrer du « Doliprane » à mon enfant, selon l'ordonnance
actualisée à son poids, si sa température dépasse 38.5°C.

Date et signature du responsable légal :

Autorisations :

Photos, vidéos et images

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____

Autorise l'équipe de la crèche à photographier/filmer mon enfant dans le cadre des activités proposées individuellement et/ou en groupe. Ces images seront exclusivement destinées à l'usage des familles, à l'illustration de documents et bulletins d'informations des collectivités locales, ainsi qu'au site internet de la crèche.

Signature du responsable légal :

Sorties

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____

Autorise ce dernier à participer aux sorties organisées par l'équipe hors de l'enceinte de la crèche.

Signature du responsable légal :

Tierce personne pouvant récupérer l'enfant :

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____

Autorise la responsable de la crèche à confier mon enfant aux personnes suivantes, après avoir préalablement prévenu le personnel de la crèche.

Nom, Prénom : _____ téléphone _____

Nom, Prénom : _____ téléphone _____

Nom, Prénom : _____ téléphone _____

Nom, Prénom : _____ téléphone _____

Signature du responsable légal :

Règlement de fonctionnement

Je soussigné(e) _____ responsable de l'enfant _____

Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la crèche et l'accepter dans son intégralité.

Fait à _____ le _____

Signature du responsable légal :

Pièces justificatives obligatoires pour finaliser l'inscription

Dossier d'inscription ci-dessus dûment rempli	
Certificat médical de non contre-indication à la vie en collectivité établi par le médecin traitant de l'enfant	
Pour les enfants nécessitant un suivi particulier ou devant suivre un protocole médical individualisé, un 2^{ème} certificat médical établi par le médecin référent de la structure demandé	
Une ordonnance « au poids » de délivrance de Doliprane établi par le médecin de l'enfant	
Photocopie de la demande d'allocation PAJE auprès de la CAF ou de la MSA	
Photocopie du livret de famille afin de justifier de l'autorité parentale	
En cas de séparation des parents, présenter le document officiel précisant le droit de garde et le domicile habituel de l'enfant	
Photocopie d'assurance responsabilité civile et individuelle	
Un relevé d'identité bancaire	
Le dernier avis d'imposition du foyer fiscal	
Dernier bulletin de salaire des 2 parents	
Un justificatif de domicile de moins de 3 mois	
Une attestation de carte vitale	