



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES  
des Vallées de la Brayre  
et de l'Anille



# Dossier d'inscription

## Multi accueil

### Le Jardin des Sens

#### Enfant

Nom : .:

Prénom :

Fille

Date de Naissance :

Garçon

Adresse :

Téléphone domicile :

Email :

## Parents : (si tuteur, le préciser)

**Père** : Nom :

Prénom :

Adresse (si différente) :

Téléphone domicile (si différent) :

Profession :

Adresse de l'employeur :

Téléphone lieu de travail :

Portable :

**Mère** : Nom :

Prénom

Adresse (si différente) :

Téléphone domicile (si différent) :

Profession :

Adresse de l'employeur :

Téléphone lieu de travail :

Portable :

En cas de divorce ou de séparation, merci de fournir le jugement du tribunal indiquant les modalités d'exercice de l'autorité parentale.

Frères et sœurs :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

N° de sécurité sociale auquel est rattaché l'enfant :

N° d'allocataire C.A.F

Si autre régime (M.S.A., M.G.E.N., S.N.C.F., etc.) le préciser :

## DROIT A L'IMAGE :

Je soussigné (e) (Nous soussignés) Nom :

Prénom :

Ayant l'exercice de l'autorité parentale, autorise (autorisons) la prise de photos ou de films de mon enfant Nom :

Prénom :

Lors de sa venue au multi accueil et leur utilisation dans le cadre suivant :

- Affichage au sein du multi accueil (fêtes, sorties, activités d'éveil, etc.) : **oui**  **non**
- Publications (bulletin communautaire, etc.) : **oui**  **non**
- Partage de photos de groupe avec les familles inscrits au multi accueil **oui**  **non**

Je renonce par avance à tous mes droits sur ces images.

**Fait à :**

**Le**

**Signature :**

---

## AUTORISATION DE SORTIES :

Je soussigné (e) (Nous soussignés) Nom :

Prénom :

Ayant l'exercice de l'autorité parentale, autorise (autorisons) le personnel à sortir mon enfant

Nom :

Prénom :

Hors des locaux du multi accueil.

NB : Pour les sorties nécessitant un mode de transport collectif, une autorisation spécifique sera à remplir et à signer).

**Fait à**

**Le**

**Signature :**

## SANTE :

Nom et adresse du médecin traitant :

Téléphone :

Recommandations particulières sur l'état de santé de l'enfant (allergie alimentaire, médicamenteuse, maladie spécifique, handicap, etc.) :

Vaccinations obligatoires et conseillées pour l'entrée en collectivité :

<b>Vaccinations</b>	<b>Date des injections</b>	<b>Rappels</b>
BCG		
DTCP		
ROR		
Hépatite B		
Pneumocoque		
Autres vaccinations		

Votre enfant a-t-il déjà eu :

Coqueluche    oui  non       Rougeole    oui  non       Méningite    oui  non

Diphtérie    oui  non       Oreillons    oui  non       Varicelle    oui  non

Hépatite    oui  non       Rubéole    oui  non       Scarlatine    oui  non

# AUTORISATIONS DE SOINS ET D'INTERVENTION

## EN CAS D'URGENCE

Je soussigné (e) (Nous soussignés) Nom : Prénom :

Ayant l'exercice de l'autorité parentale de l'enfant Nom Prénom :

➤ Autorise (autorisons) le responsable du multi accueil (ou son adjointe) à prendre toutes les dispositions médicales et chirurgicales urgentes qui seraient nécessaires à l'état de santé de mon enfant, dont l'hospitalisation préconisée par le médecin du S.A.M.U.

➤ Autorise (autorisons) l'établissement concerné à pratiquer toute intervention chirurgicale d'urgence.

**Fait à :** **Le**

**Signature :**

➔ Si besoin est (en cas de fièvre supérieure à 38°C et/ou douleur), j'autorise le responsable du multi accueil (ou son adjointe) à donner un antipyrétique (Doliprane, Efferalgan) à mon enfant :

**Fait à :** **Le**

**Signature :**

# AUTORISATION POUR UNE TIERCE PERSONNE

## A REPRENDRE L'ENFANT

Je soussigné( e ) (Nous soussignés) Nom :

Prénom :

Ayant l'exercice de l'autorité parentale, autorise (autorisons) les personnes nommées ci-

dessous a venir chercher mon enfant Nom :

Prénom :

De façon permanente.

Nom et Prenom	Lien de parenté	Adresse	Téléphone

**DATE :**

**SIGNATURE :**



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES  
des Vallées de la Braye  
et de l'Anille



## Enquête « Filoué »

**FILOUE** : c'est une Enquête sur les publics accueillis en Etablissement d'Accueil du Jeune Enfant.

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 besoins et attentes des familles.

Nom :

Prénom :

Numéro Allocataire Caf ou Msa :

Autorise

N'autorise pas

La Communauté de Communes des Vallées de la Braye et de l'Anille à communiquer mes données personnelles à la CNAF à des fins statistiques ; celles-ci seront rendues anonymes.

**Fait à**

**Le**

**Signature**