

Frères et sœurs	Nom/prénom : Date naissance :/...../.....
	Nom/prénom : Date naissance :/...../.....
	Nom/prénom : Date naissance :/...../.....
	Nom/prénom : Date naissance :/...../.....
	L'un de vos enfants est-il porteur d'un handicap ? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

PERSONNE MAJEURE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE SI LES PARENTS NE SONT PAS JOIGNABLES

Nom/Prénom : ☎ :

Nom/Prénom : ☎ :

COORDONNÉES DU MÉDECIN TRAITANT

Nom/Prénom : ☎ :

**COORDONNÉES DES PERSONNES MAJEURES,
HABILITÉES À VENIR CHERCHER L'ENFANT** (munie obligatoirement d'une pièce d'identité)

Nom/P. : lien avec l'enfant : ☎ :

Nom/P. : lien avec l'enfant : ☎ :

Nom/P. : lien avec l'enfant : ☎ :

Nom/P. : lien avec l'enfant : ☎ :

Nom/P. : lien avec l'enfant : ☎ :

AUTORISATION PARENTALE DE PRENDRE MON ENFANT EN PHOTO

J'autorise / nous autorisons le personnel du multi-accueil à prendre mon enfant en photos et à les utiliser dans les supports de communication :

➤ internes à la structure (affiche, tract, petit journal...) oui non

➤ externes (presse locale, publication communale, site internet de la Ville, facebook....) oui non

AUTORISATION PARENTALE DE SORTIE

J'autorise / nous autorisons notre enfant :

➤ à participer aux sorties organisées par les responsables du multi-accueil : oui non

➤ à être transporté dans le véhicule communal adapté au transport des enfants : oui non

DOSSIER MÉDICAL

L'autorisation parentale ci-dessous doit impérativement être signée. Dans le cas contraire, l'enfant ne pourra être accueilli au multi-accueil « Les Moussaillons du Payré ».

Je soussigné(e) Mr et/ou Mme

1) autorise la directrice et/ou l'infirmière à :

- administrer à mon enfant les médicaments prescrits par le médecin traitant uniquement sur présentation d'une ordonnance en cours de validité ;
- administrer un traitement antipyrétique en cas de survenue de fièvre et selon le protocole établi par le médecin de l'établissement ;
- appliquer les protocoles médicaux établis par le médecin de l'établissement, consultables sur simple demande.

2) autorise mon enfant à :

- être transporté par les services et autorités compétentes (SAMU, Pompiers...),
- être hospitalisé
- être opéré ou anesthésié.

Signature du père :

Signature de la mère :

INFORMATIONS RELATIVES A L'ENFANT

(allergies, régimes, handicap, maladie chronique, autres...)

Pour que ce dossier soit complet vous devez impérativement fournir les pièces suivantes :

- Photocopie du livret de famille
- Photocopie des vaccinations
- Certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité pour un **accueil occasionnel**
- Numéro d'allocataire CAF, MSA ou autre régime
- Pour les familles affiliées à un autre régime que CAF ou MSA, l'avis d'imposition de l'année précédente
- Un justificatif de domicile datant de moins de trois mois
- Une attestation de l'employeur ou entête du bulletin de salaire **pour un accueil régulier**
- Une attestation d'assurance de responsabilité civile des parents
- Un RIB uniquement si vous optez pour le règlement des factures par prélèvement automatique
- En cas de séparation ou divorce des parents, une copie du jugement du tribunal désignant le parent ayant la garde de l'enfant.

Je soussigné(e) Mr et/ou Mme certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement en vigueur et m'engage à en respecter les dispositions.

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature du père :

Signature de la mère :