

# DOSSIER D'INSCRIPTION

## 1. Renseignements administratifs

### L'Enfant

Nom .....

Prénom(s).....

Sexe :  Féminin  Masculin

Date de naissance ..... / ..... / .....

Commune de naissance .....

Composition de la famille :

✓ Nombre d'enfants à charge : .....

✓ En cas de fratrie, merci de préciser le nom, prénom et la date de naissance des frères et sœurs

.....  
.....

Date d'entrée en crèche souhaitée : ..... / ..... / .....

Besoin d'accueil :

✓  Occasionnel

✓  Régulier OU  Régulier au prévisionnel

Lundi de \_\_\_h\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

Mardi de \_\_\_h\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

Mercredi de \_\_\_h\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

Jeudi de \_\_\_h\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

Vendredi de \_\_\_h\_\_\_ à \_\_\_h\_\_\_

Vacances scolaires

### Le Responsable Légal 1

Père  Mère  Tuteur

Nom - Prénom .....

Date de naissance ..... / ..... / ..... N° de Sécurité Sociale : .....

Adresse : .....

Téléphone (fixe - portable).....

Courriel .....@.....

Profession.....

Employeur (Nom - Adresse) .....

Téléphone professionnel.....

## Le Responsable Légal 2

Père       Mère       Tuteur

Nom - Prénom .....

Date de naissance ..... / ..... / ..... N° de Sécurité Sociale : .....

Adresse : .....

Téléphone (fixe - portable).....

Courriel .....@.....

Profession.....

Employeur (Nom - Adresse) .....

Téléphone professionnel.....

## 2. Renseignements administratifs complémentaires

### Situation parentale

Célibataire  Union Libre  Pacsés  Maries  Séparés  Divorcés  Veuf/Veuve

### En cas de séparation, qui a la garde de l'enfant

Non concerné     Père       Mère       Tuteur       Autre (préciser) : .....

### Si l'adresse des représentants légaux est différente, l'enfant est domicilié

Non concerné     Responsable légal 1     Responsable légal 2     Garde alternée

Numéro d'Allocataire (CAF/MSA) .....

*Afin de participer à la vie du multi-accueil et contribuer à son bon fonctionnement, vous pourrez*

- faire partie de l'encadrement lors des sorties (baby gym, médiathèque, ...),*
- proposer et prendre part aux activités*
- réaliser des petits travaux d'intendance (bricolage, ...).*
- intégrer le Conseil d'Administration et/ou le Bureau de l'association.*

**Disponibilité des parents pour faire du bénévolat (accompagnateur, ...) ou savoir-faire particulier (musique, bricolage, couture, jardinage, ...):**

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

### 3. Renseignements médicaux concernant l'Enfant

#### Médecin traitant

Nom - Prénom .....

Adresse - Téléphone : .....

**Vaccinations** (joindre une copie du carnet de sante de l'enfant)

#### Allergies connues

Non concerné  Alimentaire  Asthme  Médicamenteuse  Autre (préciser) :

Si oui, précisez la cause de l'allergie, les conséquences possibles (asthme, urticaire, œdème de Quincke, boutons, eczéma...) et la conduite à tenir (si automédication le signaler) :

.....  
.....

**Autres difficultés de sante ou recommandations utiles** (port de lunettes, ...)

.....  
.....

*Au cours de la période d'adaptation de l'Enfant, il vous sera demandé une fiche décrivant les rythmes de vie de l'Enfant.*

### 4. Autorisations

Je soussigné(e) .....,  
responsable légal de l'Enfant,

- ✓ Autorise les personnes majeures suivantes à venir chercher l'Enfant

#### Personne 1

Nom - Prénom .....

Adresse : .....

Téléphone .....

Lien avec l'enfant .....

#### Personne 2

Nom - Prénom .....

Adresse : .....

Téléphone .....

Lien avec l'enfant .....

#### Personne 3

Nom - Prénom .....

Adresse : .....

Téléphone .....

Lien avec l'enfant .....

*Une pièce nationale d'identité sera demandée aux personnes mentionnées ci-dessus*

- ✓ Autorise les membres du personnel du multi-accueil à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par l'état de l'Enfant, en cas d'accident ou de maladie ET au cas où il ne serait pas possible de contacter les responsables légaux.

L'Enfant sera transporté, en priorité, à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de LIMOGES.

OUI       NON

- ✓ Autorise l'Enfant à participer aux sorties prévues dans le cadre des activités organisées à l'extérieur de l'Etablissement.

OUI       NON

- ✓ Autorise les prises de vue photographiques ou filmées de l'Enfant dans le cadre des activités de l'Etablissement ou en vue d'opérations de communication ayant un lien direct avec la nature du service enfance.

OUI       NON

- ✓ Autorise les membres du personnel de l'Etablissement à consulter les informations relatives à ma situation d'allocataire CAF par l'intermédiaire du service télématique.

OUI       NON

- ✓ Atteste avoir pris connaissance du Règlement de fonctionnement du multi-accueil Pirouett' Cacahuètes, et en accepte toutes les conditions.

Fait à

Le

Signature du Responsable Légal / des Responsables Légaux

*Précédée de la mention « Lu et Approuvé »*