



8 Rue du Lavoir
44590 Derval
Tél : 02 40 07 03 61
Mail : lamaisonsoleil.claudine.ibara@gmail.com
Site internet : lamaisonsoleilderval.com

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Renseignements concernant l'enfant :

Nom :
Prénom :
Sexe :
Date et lieu de naissance :
Adresse :

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Nom :.....
Adresse :.....
Tél :.....

Type de contrat prévu :

- régulier

- Occasionnel

- Urgence

Tableau d'accueil (accueil régulier) :

lundi	mardi	Mercredi	Jeudi	vendredi

Précisions concernant l'accueil (ex : planning irrégulier ; avec ou sans vacances scolaires ; semaine paire/semaine impaire...) :

Renseignements concernant la famille :

Représentant légal 1 :

Nom :

Prénom :

Qualité :

Adresse :

Date et lieu de naissance :

Profession :

Nom et coordonnées de l'employeur :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

Adresse mail :

Situation familiale :

Nombre d'enfant à charge :

N°CAF ou MSA *:

Représentant légal 2 :

Nom :

Prénom :

Qualité :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Profession :

Nom et coordonnées de l'employeur :

Téléphone domicile :

Téléphone portable :

Téléphone professionnel :

Adresse mail :

Situation familiale :

Nombre d'enfant à charge :

N°CAF ou MSA* :

*rayer la mention inutile

Renseignements concernant les autres enfants au foyer :

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date et lieu de naissance :

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date et lieu de naissance :

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date et lieu de naissance :

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date et lieu de naissance :

Fait le :

A :

Signature du représentant légal :

ENGAGEMENTS ET AUTORISATIONS DIVERSES

Je soussigné(e)....., parent de,

- ✓ **Certifie** avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement du multi accueil et m'engage à le respecter.
- ✓ **M'engage** à fournir une attestation d'assurance responsabilité civile à l'inscription de mon enfant, à ce que celui-ci reste couvert par l'assurance sur toute la durée de son accueil et à fournir une nouvelle attestation en cas de changement.
- ✓ **M'engage** à respecter les points suivants dans le cadre du projet « prêt de livres » mis en place au multi accueil La Maison Soleil :
 - Rapporter les livres dans le délai imparti (des prolongations de prêt peuvent être accordées, voir avec l'équipe) ;
 - Prendre soin de l'ouvrage emprunté (toute perte ou dégradation sera facturée au prix d'achat du livre) ;
 - Ne pas prêter le livre à mon tour, même à des personnes proches (famille, amis...)
- ✓ **M'engage** à ne pas le divulguer le code de la porte d'entrée qui me sera remis par la directrice à l'issue de la période d'adaptation de mon enfant, hormis aux personnes autorisées venant régulièrement amener ou déposer l'enfant (ex : grands-parents ; assistante maternelle...).
- ✓ **M'engage** à ne pas divulguer le code de la page sécurisée du site internet qui me sera remis par la directrice à l'issue de la période d'adaptation de mon enfant.
- ✓ **Autorise** le personnel du multi accueil à prendre les dispositions nécessaires en cas d'accident et à faire évacuer mon enfant par les secours, en cas de nécessité.
- ✓ **Autorisations médicamenteuses, en cas de besoin et selon protocole en vigueur, j'autorise l'administration de :**
 - Médicaments prescrits sur ordonnance (modalités à respecter, cf. règlement de fonctionnement)
 - Paracétamol
 - Arnica
 - Désinfectant
- ✓ **Autorisations de photos, j'autorise :**
 - La diffusion interne au sein du multi accueil
 - La diffusion sur le site internet du multi accueil (page non publique sécurisée par mot de passe).
 - La diffusion sur article de presse, magazines et sites locaux...
- ✓ **Autorisations sanitaires, j'autorise mon enfant :**
 - A manger des gâteaux et pâtisseries confectionnés au multi accueil
 - A manger des fruits, légumes et herbes aromatiques cultivés au multi accueil
- ✓ **Autorisations diverses, j'autorise :**
 - Le personnel du multi accueil à effectuer des sorties extérieures à pied dans les rues de Derval avec mon enfant dans le cadre des sorties (boulangerie, bibliothèque...)
 - La directrice du multi accueil à accéder à mes données personnelles (enfants à charge, revenus...) sur le site des services de prestations sociales et familiales (CAF, MSA...) afin d'effectuer le calcul de mon tarif horaire pour l'accueil de mon enfant au sein du multi accueil.

Fait le :

A :

La signature d'un parent engage les 2 parents.

Signature du représentant légal :

AUTORISATION POUR LES PERSONNES MAJEURES A VENIR CHERCHER L'ENFANT

Je soussigné(e)....., représentant légal de l'enfant....., autorise les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant au multi accueil « La Maison Soleil » (obligation de nommer au moins une personne habitant les environs, autre que les parents ayant l'autorité parentale et n'étant pas soumis à des restrictions de garde dans le cadre d'un jugement).

Nom et prénom :

Qualité :

Adresse :

Téléphone :

Nom et prénom :

Qualité :

Adresse :

Téléphone :

Nom et prénom :

Qualité :

Adresse :

Téléphone :

Je note que ces personnes doivent être majeures et doivent présenter leur pièce d'identité au moment de venir chercher l'enfant.

Dans le cas contraire, l'enfant ne pourra pas quitter le multi accueil.

Fait le :

A :

Signature du représentant légal :

La signature d'un parent engage les 2 parents.

Autorisation parentale pour l'administration médicamenteuse

(Exemplaire infirmière)

Je soussigné(e)..... représentant légal de l'enfant, autorise, en cas de besoin, le personnel du multi accueil à administrer à mon enfant, selon le protocole en vigueur et pour lequel il n'a été observé aucune allergie :

- Du paracétamol
- De l'arnica
- Du désinfectant
- Les médicaments prescrits sur ordonnance, dans le respect des modalités indiquées dans le règlement de fonctionnement, et sur laquelle seront indiqués :
 - La date de prescription
 - Le nom et le prénom de l'enfant
 - Son poids
 - La posologie à suivre
 - La durée du traitement
 - Le nom du générique, en cas de substitution

En cas de doute sur la lisibilité de l'ordonnance, ou si un des éléments indiqués ci-dessus était manquant, l'infirmière, la directrice ou le personnel habilité, se voit le droit de refuser d'administrer le médicament.

Nom et coordonnées du médecin traitant :

Nom :

Adresse :

Tél :

A,

Le

Signature du représentant légal :

La signature d'un parent engage les 2 parents.