



Multi-Accueil « les p'tits loups »

1 Rue César Bagard
54420 SAULXURES LES NANCY
Mail : delphine.petitjean@leolagrange.org

☎ : 03 83 21 28 13

www.creche-lesptitsloups-saulxures.org

RSA OUI NON / n° allocataire CAF :

☎ Parent 1 :

☎ Parent 2 :

e-mail :

Enfant

Nom : Prénom :

Sexe : Fille Garçon

Date de naissance :

Nationalité :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Date d'entrée en crèche souhaitée :



PARENT 1

Nom : **Prénom** :

Nom de jeune fille : Née le :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable :

Téléphone travail : E-mail :

Nombre d'enfants à charge :

Situation familiale : Mariée Vie maritale Célibataire
 Pacsé Divorcée Veuve Séparée

Profession : Employeur :

Temps complet Temps partiel :

PARENT 2

Nom : **Prénom** :

Nom de jeune fille : Née le :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone domicile : Portable :

Téléphone travail : E-mail :

Nombre d'enfants à charge :

Situation familiale : Marié Vie maritale Célibataire
 Pacsé Divorcé Veuf Séparé

Profession : Employeur :

Temps complet Temps partiel :

Frère (s) et sœur (s)

NOM			Né(e) le :	
Prénom			Sexe	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
NOM			Né(e) le	
Prénom			Sexe	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
NOM			Né(e) le	
Prénom			Sexe	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
NOM			Né(e) le	
Prénom			Sexe	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>



FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Date de naissance de l'enfant

Sexe: **M** **F**

Vaccinations

Joindre une copie du carnet de santé.

Renseignements médicaux

Allergies:

Asthme : , médicamenteuse

Alimentaires , Autres

Autres **difficultés de santé** nécessitant une surveillance particulière (*maladie, accident, hospitalisation, opération*)
.....

Précautions utiles nécessitant pour l'accueil de l'enfant (*lunettes, appareil dentaire*) :

Régime spécifique :

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

Téléphone:

Assurance de l'enfant

Compagnie :

N° de police d'assurance :, Fin de validité :



AUTORISATIONS

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Nom du parent 1 :

Nom du parent 2 : ..

Personnes autorisées à reprendre l'enfant

Je soussigné(e) M..... :

1. Demande qu'en cas d'absence des responsables de mon enfant
..... à l'heure normale de fermeture de la structure,

il soit confié à :

Nom : Prénom :

N° de téléphone :

2. Autorise la ou les personne(s) majeure(s) désignée(s) ci-dessous à venir
chercher mon enfant sur présentation d'une pièce d'identité :

..... :

..... :

..... :

..... :

..... :

..... :

Signature :

Autorisation médicale

Je soussigné(e) M.....autorise les responsables de la structure :

1. Autorisation d'administrer un antipyrétique de type Doliprane.
2. A prendre toutes les mesures qu'ils jugeront utiles en cas d'accident ou
incident survenant sur la personne de mon enfant.....
3. A le faire transporter, hospitaliser et à faire pratiquer une anesthésie
générale ou une intervention chirurgicale si nécessaire.

Fait à, le

Signature :



Autorisation de sorties

Je soussigné(e) M....., en qualité de

- de père de Mère tuteur de l'enfant

autorise le personnel de la structure à sortir mon enfant..... de la structure (*marché, bibliothèque, école maternelle, ...*). Les sorties s'effectueront sous la surveillance et la responsabilité des professionnels de la structure. Le taux règlementaire d'encadrement sera scrupuleusement respecté.

Fait à, le.....

Signature :

Autorisation d'utilisation de l'image

Je soussigné(e) M....., en qualité de

- de Père de Mère tuteur de l'enfant

Représentant légal du (des mineurs):

- Autorise le personnel de la structure à photographier et à filmer mon enfant dans le cadre des activités pédagogiques de la structure et que les images peuvent éventuellement, être diffusées (*presse locale, support de communication de la fédération Léo Lagrange, kidizz ...*).
- N'autorise pas la captation d'image de mon enfant.

Fait à, le.....

Signature :

Consultation du site de la CAF

Site de la CAF réservé uniquement à la direction de la crèche, et utilisé pour le calcul du tarif horaire, aucun accès à votre compte personnel.

Je soussigné(e) M....., en qualité de

- de père de Mère tuteur de l'enfant

Représentant légal du (des mineurs):

- Autorise la directrice et son adjointe à consulter le service mis disposition par la CAF pour consulter les revenus des familles
- N'autorise pas la consultation.

Fait à,le

Signature :



Autorisations d'utilisation des données

Je soussigné(e) M....., en qualité de
 de père de Mère tuteur de l'enfant

Représentant légal du (des mineurs) :
autorise le personnel de la structure :
à saisir mes informations personnelles,
à saisir mes informations médicales.

Fait à,le

Signature :

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR

A nous envoyer par mail :

- Photocopie **d'une facture justificatif de domicile** de moins de 3 mois
- Photocopie de toutes les pages **du livret de famille**
- En cas de séparation des parents, toute pièce justificative de la **résidence de l'enfant**
- Attestation de sécurité sociale** ou photocopie de la carte vitale
- Attestation de quotient familial CAF datant de moins de 3 mois.**
- Dernier avis d'imposition de l'année N-2**
- Attestation de l'assurance de responsabilité civile au nom de l'enfant**
- Copie des vaccinations**

A nous fournir en version papier :

- En cas de prélèvement, joindre un **RIB**
- Au moment de l'admission en crèche, **un certificat médical autorisant à la vie en collectivité délivré par le médecin traitant de l'enfant** sera à remettre à la directrice de la crèche
- Une ordonnance de doliprane en cas de fièvre

Justificatifs à faire parvenir en cas de changement de situation familiale ou professionnelle :

-  **De sa situation familiale**
Toute les pièces justificatives d'un changement intervenu dans la situation familiale (naissance, divorce, mariage, droit de garde de l'enfant)
-  **De domicile** *Fournir une justification du nouveau domicile*
-  **D'employeur** *Une nouvelle attestation de travail*

Le dossier doit être complet pour être traité. N'hésitez pas contacter la directrice pour toutes questions relatives au dossier d'inscription. Nous vous informerons dans les meilleurs délais de la décision de la commission d'admission.