

## LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR




### MULTI ACCUEIL TAMM HA TAMM

9 rue park ar fetan  
56 400 BRECH  
Email : brech@leolagnage.org  
Téléphone : 0297576169

#### Justificatifs à joindre au dossier d'inscription :

- Photocopie **d'un justificatif de domicile** de moins de 3 mois
- Photocopie **du livret de famille et** de l'acte de naissance de l'enfant
- En cas de séparation des parents, toutes pièces justificatives de l'attribution **de droit de garde**
- Fiche sanitaire de liaison (photocopie du carnet de santé)**
- Planning de présence de l'enfant à la crèche**
- Autorisation de sorties**
- Autorisation d'utilisation de l'image**
- En cas de prélèvement, Joindre un **RIB**
- Attestation de sécurité sociale** ou N° de Sécurité sociale du parent dont dépend l'enfant
- Photocopie recto-verso de votre carte de Caisse d'Allocations Familiales** (ou photocopie du dernier avis d'imposition))
- Attestation de l'assurance de responsabilité civile au nom de l'enfant** (à demander à votre assureur)
- 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

#### Justificatifs à faire parvenir en cas de changement de sa 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 un justification du nouveau domicile*
-  **De situation professionnelle**  
*Toutes les pièces justificatives d'un changement professionnel : (licenciement, chômage, etc...)*

Le dossier doit-être complet pour être traité.

Dans le cas de naissance à venir, il manquera des informations ;

N'hésitez pas contacter la directrice pour toutes questions relatives au dossier d'inscription.

### 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 : .....

Adresse de l'employeur : .....

Temps complet  temps partiel : .....

Horaires décalées  Autre : .....

### 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 :  Mariée  Vie maritale  Célibataire  
 Pacsé  Divorcée  Veuve  Séparée

Profession : ..... Employeur : .....

Adresse de l'employeur : .....

Temps complet  temps partiel : .....

Horaires décalées  Autre : .....

### ENFANT

Nom : ..... Prénom : .....

Sexe : Fille Garçon

Date de naissance : .....

Nationalité : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone domicile : .....

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

Autorité parentale : Conjointe Parent 1 Parent 2

### FRERE(S) ET SCEUR(S)

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

## FICHE SANITAIRE INDIVIDUELLE

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

Date de naissance de l'enfant : .....

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

### Vaccinations

Se référer au carnet de santé de l'enfant et **faire une photocopie.**

VACCINS	Date 1 <sup>ère</sup> injection	Date 2 <sup>ème</sup> injection	Date 3 <sup>ème</sup> injection	RAPPEL
DTP				
Coqueluche				
Rougeole- Oreillons- Rubéole				
BCG				
Autres				

### Renseignements médicaux

#### ALLERGIES:

Médicamenteuse  .....

Alimentaires  .....

Autres  .....

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

.....

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

.....

**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 : .....

Parent 1 : .....

Parent 2 : .....

#### Personnes autorisées 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) désignée(s) ci-dessous à venir chercher  
mon enfant sur présentation d'une pièce d'identité :

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

Tel : .....  
Tel : .....  
Tel : .....  
Tel : .....  
Tel : .....

#### Autorisation médicale

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

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

Fait à ....., le .....

Signatures :

Je soussigné(e) M.....autorise tous les membres de l'équipe :

3. A administrer un traitement antipyrétique si l'enfant présente de la fièvre mal  
tolérée selon le protocole établi par le médecin de la structure.

Fait à ....., le .....

Signatures :

### Autorisation de Sorties

Je soussigné(e) M....., en qualité de

Parent 1  Parent 2  tuteur de l'enfant

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

Fait à, ..... le.....

Signatures :

### Autorisation d'utilisation de l'image

Je soussigné(e) M....., en qualité de

Parent 1  Parent 2  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 local, support de communication de la fédération Léo Lagrange ...*)

Autorise le personnel de la structure à photographier et à filmer mon enfant dans le cadre des activités pédagogiques au sein du multi-accueil.

N'autorise pas la captation d'image de mon enfant.

Fait à, ..... le.....

Signatures :

### Consultation du site de la CAF

Je soussigné(e) M....., en qualité de

Parent 1  Parent 2  tuteur de l'enfant

Représentant légal du ( des mineurs): . .....

Autorise la directrice à consulter le service CAF PARTENAIRE mis à disposition par la CAF pour consulter les revenus des familles

N'autorise pas la directrice à consulter le service CAF PARTENAIRE mais délivre mon avis d'imposition de l'année n-1.

Numéro de CAF : .....

Fait à, .....le .....

Signatures :

Document à remplir pour l'accueil régulier des enfants au sein de l'établissement

### PLANNING SOUHAITE

Nom de l'enfant : .....

Prénom de l'enfant : .....

#### ➔ SOUHAIT DE PLANNING FIXE

A partir de : .....

LUNDI	Heure d' arrivée :
	Heure de départ :
MARDI	Heure d' arrivée :
	Heure de départ :
MERCREDI	Heure d' arrivée :
	Heure de départ :
JEUDI	Heure d' arrivée :
	Heure de départ :
VENDREDI	Heure d' arrivée :
	Heure de départ :

Merci de remplir ce tableau si vos besoins de garde sont **régulier d'une semaine sur l'autre**

#### ➔ SOUHAIT DE PLANNING DIFFERENCIE

Merci de remplir ce tableau si vos besoins de garde sont **différenciés d'une semaine sur l'autre**

A partir de : .....

##### Semaine Paire

LUNDI	Heure d' arrivée :
	Heure de départ :
MARDI	Heure d' arrivée :
	Heure de départ :
MERCREDI	Heure d' arrivée :
	Heure de départ :
JEUDI	Heure d' arrivée :
	Heure de départ :
VENDREDI	Heure d' arrivée :
	Heure de départ :

##### Semaine impaire

LUNDI	Heure d' arrivée :
	Heure de départ :
MARDI	Heure d' arrivée :
	Heure de départ :
MERCREDI	Heure d' arrivée :
	Heure de départ :
JEUDI	Heure d' arrivée :
	Heure de départ :
VENDREDI	Heure d' arrivée :
	Heure de départ :