



DOSSIER D'INSCRIPTION

MULTI-ACCUEIL VAL DE SARTHE

ENFANT :

Nom :
Prénom : Fille
Date de naissance : Garçon
Adresse :
.....
Téléphone domicile :

PARENTS : (si tuteur, le préciser)

Père : Nom : Prénom :
Adresse (si différente) :
.....
Téléphone domicile (si différent) :
Profession :
Adresse employeur :
Téléphone lieu de travail :
Portable :
Adresse mail :

Mère : Nom : Prénom :
Adresse (si différente) :
.....
Téléphone domicile (si différent) :
Profession :
Adresse employeur :
Téléphone lieu de travail :
Portable :
Adresse mail :

En cas de divorce ou de séparation, merci de fournir le jugement du tribunal indiquant les modalités d'exercice de l'autorité parentale.

Frères et sœurs :

NOM	PRENOM	DATE DE NAISSANCE

Régime auquel est rattaché l'enfant : Régime général Fonction Publique MSA
 Autres, le préciser :

N° allocataire CAF :

PERSONNES, AUTRES QUE LES PARENTS, AUTORISEES A AMENER OU A REPRENDRE L'ENFANT :

NOM PRENOM	LIEN DE PARENTE	ADRESSE	TELEPHONE

⇒ Je, soussigné(e) Madame, Monsieur, ⁽¹⁾ agissant en qualité de père, mère, tuteur ⁽¹⁾ autorise les personnes nommées ci-dessus à accompagner mon enfant..... au multi-accueil Val de Sarthe et / ou à venir le rechercher.

Autorisation valable pour les personnes majeures, munies d'une pièce d'identité.

Fait à, le

Signature :

(1) Rayer la mention inutile
(2)

SANTE :

Nom du médecin traitant :

Adresse :

☎ :

Recommandations particulières sur l'état de santé de l'enfant (allergie alimentaire, médicamenteuse, maladie spécifique, handicap...) :

.....

.....

.....

Votre enfant a t'il déjà eu :

	oui	non		oui	non		oui	non
Coqueluche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Méningite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diphtérie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oreillons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Varicelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rubéole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Scarlatine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorisations de soins et d'intervention en cas d'urgence :

⇒ Je, soussigné(e) Madame, Monsieur, ⁽¹⁾ agissant en qualité de père, mère, tuteur ⁽¹⁾ de l'enfant

- autorise la responsable du multi accueil (ou son adjointe) à prendre toutes dispositions médicales et chirurgicales urgentes qui seraient nécessaires à l'état de santé de mon enfant, dont l'hospitalisation préconisée par le médecin du SAMU.
- autorise l'établissement concerné à pratiquer toute intervention chirurgicale d'urgence.

Fait à, le

Signature :

⇒ Si besoin est (en cas de fièvre supérieure à 38° par exemple) et si je ne suis pas joignable, j'autorise la responsable du multi accueil (ou son adjointe) à donner un antipyrétique (paracétamol de type Doliprane) à mon enfant

Fait à, le

Signature :

Acceptation du règlement de fonctionnement :

⇒ Je, soussigné(e) Madame, Monsieur, ⁽¹⁾ agissant en qualité de père, mère, tuteur ⁽¹⁾ de l'enfant

- certifions avoir lu et approuvé le règlement de fonctionnement du multi-accueil.

Fait à, le

Signature :