

Maison de quartier



Trois Piliers

Multi-accueil Trois Piliers

29 rue Pongivart

51100 REIMS

N° Tél. 03.26.02.02.52

multiaccueil.3piliers@maisondequartier-reims.fr

Horaires et jours d'ouverture :

lundi, mardi, jeudi et vendredi de 8h à 18h

FICHE D'INSCRIPTION

Nom prénom de l'enfant : _____

Né(e) le : ___ / ___ / _____

Civilité M/Mme _____

Père/Mère/tuteur _____

Nom : _____

Prénom : _____

N° Tél portable : ___ . ___ . ___ . ___ . ___ . ___

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Emploi exercé : _____

Employeur : _____

N° Tél prof. : ___ . ___ . ___ . ___ . ___ . ___

N° Tél du domicile ___ . ___ . ___ . ___ . ___ . ___

Adresse : _____

Mail : _____

Civilité M/Mme _____

Père/Mère/tuteur _____

Nom : _____

Prénom : _____

N° Tél portable : ___ . ___ . ___ . ___ . ___ . ___

Date de naissance : ___ / ___ / _____

Emploi exercé : _____

Employeur : _____

N° Tél prof. : ___ . ___ . ___ . ___ . ___ . ___

N° Tél du domicile ___ . ___ . ___ . ___ . ___ . ___

Adresse : _____

Mail : _____

Situation familiale : marié / célibataire / pacsé / vie maritale / séparé

N° Sécurité Sociale auquel est rattaché l'enfant : _____ / _____

N° allocataire : _____ CAF/ MSA Nombre d'enfants à charge : _____

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

Aucun médicament ne pourra être donné sans ordonnance

(si un médicament a été remplacé par un générique, le pharmacien doit le spécifier sur l'ordonnance).

Renseignements médicaux concernant l'enfant :

L'enfant suit-il un traitement médical régulier oui non

Si oui, joindre une ordonnance récente et le traitement correspondant (médicaments dans leur emballage d'origine avec la notice, marqués au nom de l'enfant y compris pour l'homéopathie)

Allergies : Asthme : oui non Médicamenteuses : oui non

Alimentaires : oui non Autres :

Préciser la cause de l'allergie et la conduite à tenir

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

Régime alimentaire de l'enfant :

aucun sans porc végétarien sans poisson autre P.A.I.

Indiquez ci-après :

Les difficultés de santé (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation) en précisant les dates et les précautions à prendre :

.....
.....

Recommandations des parents :

Votre enfant porte-t-il des lunettes, des prothèses, etc.

Précisez :

PREMIERS SOINS ET MEDICAMENTS :

Urgence :

Personne à prévenir en cas d'urgence :

.....
.....

Lieu d'hospitalisation de l'enfant si nécessaire : **Hôpital Américain de Reims**

Groupe sanguin de l'enfant :

Coordonnées du médecin traitant et/ou du pédiatre :

Nom : N° Tél. : _ _ . _ _ . _ _ . _ _ . _ _ Pédiatre

Nom : N° Tél. : _ _ . _ _ . _ _ . _ _ . _ _ Généraliste

La trousse de secours du multi-accueil contient :

Crème pour le change

Gants

Désinfectant

Cytélium

Sérum physiologique (unidoses)

Compresse stériles (5x5) en emballages individuels

Pansements secs hypoallergéniques sachets stériles individuels

1 rouleau de micropore

1 bande Velpeau

1 paire de ciseaux

1 thermomètre médical

1 pince fine à écharde

1 couverture iso thermique

AUTORISATIONS

Je soussigné(e)

Père/Mère/Tuteur de l'enfant

Autorise expressément les personnes **majeures** citées ci-dessous à venir récupérer mon enfant.

Nom	Prénom	N° Téléphone	Lien de parenté

Autorise

N'autorise pas

mon enfant à participer aux sorties pédagogiques organisées par le multi-accueil de la Maison de quartier (bibliothèque, médiathèque, commerces, marchés, autres Maisons de quartier, parcs, jardins, maisons de retraite, cirques éducatifs, promenades en centre-ville, fermes pédagogiques, salles de spectacles, d'expositions, écoles...)

Autorise

N'autorise pas

l'Association des Maisons de quartier de Reims à photographier ou à filmer mon enfant afin d'illustrer des articles, reportages, sites Internet ou expositions présentant les activités du multi-accueil.

Autorise

N'autorise pas

la direction à consulter notre dossier allocataire CAFPRO (ou CDAP) afin d'accéder directement aux ressources à prendre en compte pour le calcul des participations financières.

Autorise

N'autorise pas

la direction à transmettre mes données personnelles dans le cadre de l'enquête Filoué de la CNAF.

Autorise

N'autorise pas

J'ai bien pris connaissance du contenu de la trousse de secours du multi-accueil et autorise le personnel du multi-accueil à utiliser en cas de besoin l'ensemble de ces produits.

Autorise

N'autorise pas

le responsable du multi-accueil à prendre les mesures d'urgence nécessaires concernant la santé de mon enfant (SAMU, hospitalisation, pompiers, médecins).

Autorise

N'autorise pas

le personnel du multi-accueil à administrer à mon enfant les éventuels médicaments prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance.

Je déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement et m'engage à en respecter les termes.

Date :

Signature :