



## Multi-accueil Orgeval

1 place Simone de Beauvoir

51100 REIMS

N° Tél. 03.26.22.01.22

multiaccueil.orgeval@maisondequartier-reims.fr

Horaires et jours d'ouverture :

Du lundi au vendredi de 8h30 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 :