



Micro-crèche/petite crèche/crèche.....

Adresse

N° Tél.

Mail :

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 : _____

La structure consultera les ressources du dossier allocataire via le CDAP pour la CAF ou le portail professionnel pour la MSA.

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 ☐sans viande ☐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 :

En cas d'urgence la structure pourra contacter les pompiers 18 ou le SAMU 15

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

Dans notre trousse de secours il y a : (ne pas fournir)

Crème pour le change

Crème solaire

Gants

Désinfectant

Cytélium

Sérum physiologique (unidoses)

Solution de réhydratation

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, réseaux sociaux ou expositions présentant les activités du multi-accueil.

☐ **Autorise**

☐ **N'autorise pas**

l'Association des Maisons de quartier de Reims à photographier ou à filmer mon enfant afin d'illustrer les activités du multi-accueil. Ces images ou films seront **utilisés uniquement en interne**.

☐ **Autorise**

☐ **N'autorise pas**

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

☐ **Autorise**

☐ **N'autorise pas**

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

☐ **Autorise**

☐ **N'autorise pas**

le personnel de la structure à administrer à mon enfant les éventuels médicaments prescrites par notre médecin et sur présentation de l'ordonnance (sauf si le médecin a précisé le recours à un auxiliaire médical).

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

Date :

Signature :

Les informations recueillies par l'Association des Maisons de quartier Reims à partir de ce formulaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à la Maison de quartier, dont la finalité est la gestion des inscriptions d'accueil de loisir, du multi-accueil et aux activités socioculturelles. Ces données seront conservées durant au maximum 5 ans. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Vous pouvez accéder aux informations vous concernant en vous adressant à : dpo@maisondequartier-reims.fr ou Association des Maisons de quartier de Reims 18 rue Guillaume Apollinaire 51100 REIMS.