



FICHE DE RENSEIGNEMENTS ENFANT

Pour les **Multi-Accueils** de Jallais et de Villedieu la Blouère
Commune de Beaupréau-en-Mauges

MULTI-ACCUEIL DE

JALLAIS

VILLEDIEU LA BLOUERE

ENFANT

Nom	
Prénom	
Date et lieu de naissance	
RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX	
Médecin traitant Téléphone/Ville	
Allergie alimentaire ou contre indication <u>Si oui précisez :</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres allergies <u>Si oui précisez :</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres problèmes de santé éventuels (si votre enfant a un PAI (Projet d'Accueil Individualisé), merci de le préciser)	
Les vaccinations de mon enfant sont à jour	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non *11 vaccins obligatoires pour les enfants nés après le 01/01/2018 avant les 1 an <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fournir les photocopie des pages des vaccins du Carnet de santé	*Vaccin obligatoire : DTP pour fréquenter le multi-accueil , pour les enfants nés avant le 01/01/2018

MODE DE PAIEMENT

Adresse mail **seulement si vous souhaitez recevoir votre facture mensuelle par mail**

.....
Prélèvement automatique¹ : OUI NON Paiement en ligne²: OUI NON Chèque³ : OUI NON

¹ (si oui, joindre un Relevé d'Identité Bancaire, lors de la 1^{ère} demande ou en cas de changement des références du compte à débiter.)

² <https://www.tipi.budget.gouv.fr/tpa/accueilportail.web>

³ Chèque à libeller à l'ordre du Trésor Public

AUTORISATIONS PARENTALES

Je soussigné responsable légal de l'enfant, **déclare exacts les renseignements** portés sur le présent document. Je décline de toute responsabilité le personnel, au cas où mon enfant serait **absent de la structure**, sans avoir signalé au préalable tout changement d'emploi du temps (*Rappel : si la structure n'est pas prévenue, les heures seront dues*). Je m'engage à respecter le règlement de fonctionnement.

Autorise la **diffusion de l'image de mon enfant** mineur prise lors des manifestations, stages, ateliers, animations sur les différents supports de communication du Multi-Accueil (site internet et blog, plaquettes, presse, panneaux photos, padlet, réseaux sociaux, etc...) en application de l'article 9 du code civil : Oui Non

En cas d'urgence, nous autorisons les professionnels à présenter mon enfant à un **médecin** et à prendre toutes les mesures nécessaires pour qu'il reçoive les soins appropriés.

Autorise le personnel à emmener mon enfant hors de la maison de l'enfance pour des activités extérieures et à le transporter en mini-bus ou en car : Oui Non

Protocoles médicaux : j'autorise le personnel à administrer du **doliprane pédiatrique** à mon enfant en cas de fièvre supérieure à 38°5 (si le parent ne peut se déplacer dans la demi-heure et si les professionnels sont en présence d'une ordonnance médicale de moins de 6 mois), d'une **pommade** (bépanthen, alospastine) pour un **érythème fessier**, d'**arnica** en pommade en cas d'ecchymoses, de baby **apaisyl** en cas de piqûres d'insectes ou de végétaux (pour les enfants de plus de 3 mois)

RÉGIME ALLOCATAIRE

CAF N° d'allocataire MSA N° de sécurité sociale.....

Pour les allocataires CAF : selon notre convention CAFPRO, nous pouvons consulter votre QF. En cas de refus, merci de nous adresser un courrier et votre dernière déclaration d'impôts (n-1).

Pour les allocataires MSA, votre dernière déclaration d'impôts (n-1).

INFORMATIONS RESERVEES AU SERVICE

ANNEE						
REVENUS ANNUELS						
NOMBRE D'ENFANT(S)						
TARIF MULTI-ACCUEIL						

Fait à

Le

Signature

Après avoir rempli ce document, merci de l'enregistrer sur votre ordinateur afin de l'imprimer pour le signer et le remettre au responsable du Multi-Accueil accueillant votre enfant. (inscription seulement sur rendez-vous auprès des structures d'accueil).

Cette fiche ne pourra être modifiée que par vos soins, merci d'informer le responsable du Multi-Accueil pour tout éventuel changement.