



DATE DE L'INSCRIPTION :

Documents à fournir :

- Fiche inscription complète
- Photocopie des vaccins
- Certificat d'aptitude à la vie en collectivité
- Ordonnance Paracétamol
- Copie du livret de famille ou de l'acte de naissance
- Copie d'une pièce d'identité pour les deux parents
- Coupon signé du règlement intérieur
- RIB en cas de prélèvement
- Attestation d'assurance responsabilité civile

Petite crèche « Les Lucioles »
Pôle enfance jeunesse Les Gattières
1 allée de Langforden
44850 LE CELLIER
Tél : 02.40.25.31.88
leslucioles@sivomligne.fr

DOSSIER D'INSCRIPTION ACCUEIL OCCASIONNEL 2024/2025

Nom de l'enfant : Prénom : Date de naissance :

Adresse :
.....

► Nom du représentant 1 : Prénom :

Adresse : Téléphone :

(Si différents de ceux de l'enfant)

Téléphone portable : E-mail :

Profession :

Tél. du travail :

► Nom du représentant 2 : Prénom :

Adresse : Téléphone :

(Si différents de ceux de l'enfant)

Téléphone portable : E-mail :

Profession :

Tél. du travail :

► Frères et sœurs

| Prénom | Date de naissance |
|--------|-------------------|
| | |
| | |
| | |

RÉGIME

Selon les différents régimes, le calcul du tarif ne se fait pas de la même façon. *Cochez la case correspondante.*

CAF

Je, soussigné (*nom et prénom de l'allocataire*) titulaire du numéro allocataire suivant ;

autorise la responsable de la structure Les Lucioles à consulter sous CDAP les éléments nécessaires à l'exercice de sa mission (ressources, nombre d'enfants à charge et régime d'appartenance) et de conserver une page écran des données recueillies.

autorise la transmission de mes informations à la CAF (âge de l'enfant, commune, régime, nombre d'heures...) dans le cadre de l'enquête FILOUE sur les usagers des établissements d'accueil du jeune enfant financés par les caisses d'allocations familiales.

Le

Signature de l'allocataire :

MSA *Merci de fournir une photocopie de votre dernier avis d'imposition.*

Nom et prénom du chef de famille : N° MSA :

AUTRE REGIME (précisez) :

Merci de nous fournir une photocopie de votre dernier avis d'imposition.

FICHE MEDICALE

ALLERGIES :

Médicamenteuses : oui non

Alimentaires : oui non

Asthme : oui non

Autres :

Nom et commune du médecin traitant :

N° de téléphone :

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) (Nom et prénom d'un parent)

Père, mère, responsable légal de l'enfant.....

Autorise le personnel de la petite crèche Les Lucioles (cocher les cases concernées) :

à prendre les dispositions nécessaires en cas d'accident ou de maladie de mon enfant, les lieux d'hospitalisation d'urgence étant décidés par les structures d'urgence (SAMU, pompiers),

à administrer du paracétamol à mon enfant en cas de fièvre si je ne suis pas joignable, sous réserve d'avoir fourni préalablement une ordonnance du médecin datée de moins de six mois,

à prendre en photo et à filmer mon enfant, pour utiliser ces supports dans l'enceinte de la structure ou à l'extérieur

à sortir du multi -accueil à pied avec mon enfant, dans le cadre de projets de partenariat, type médiathèque, écoles, maison de retraite

à confier mon enfant aux personnes majeures, munies de leur carte d'identité, si les parents ne peuvent venir le chercher:

M./Mme Tel Parenté

M./Mme Tel Parenté

M./Mme Tel Parenté

Signature du représentant1 :

Signature du représentant 2 :