

Date 1^{ère} inscription



Documents à fournir :

- Fiche inscription complète
- Photocopie des vaccins
- Certificat d'aptitude à la collectivité
- Ordonnance Paracétamol de moins de 6 mois
- Copie d'imposition sur le revenu pour les **familles non-allocataires CAF**
- Copie du jugement en cas de séparation ou divorce/autorité parentale
- Copie de l'AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)
- RIB en cas de prélèvement
- Coupon signé du règlement intérieur
- Attestation responsabilité civile au nom de l'enfant

Micro-Crèche « Les Libellules »
 Maison de l'enfance
 44521 Couffé
 Tél : 06.34.04.44.43
leslibellules@sivomligne.fr



FICHE D'INSCRIPTION 2024/2025

NOM de l'ENFANT : PRENOM : Date de naissance :

Adresse :
.....

FAMILLE DE L'ENFANT :

► **Représentant 1** : Nom - Prénom :

Adresse :
(Si différente de l'enfant)

☎ portable : @ :

Profession: ☎ Professionnel :

► **Représentant 2** : Nom - Prénom :

Adresse :
(Si différente de l'enfant)

☎ portable : @ :

Profession: ☎ Professionnel :

► **SITUATION DE FAMILLE :**

Marié Vie maritale Veuf/veuve Divorcé/séparé Garde alternée Famille monoparentale

► **FRERES ET SŒURS :**

NOM	PRENOMS	DATE DE NAISSANCE

REGIME

Je suis allocataire de la (Cochez la case correspondante) :

CAF

MSA

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

autorise la responsable de la micro-crèche LES LIBELLULES à consulter le service internet de la CAF ou de la MSA, 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 ou la MSA (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 :

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 MICRO-CRECHE Les Libellules : (cochez 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, hors réseaux sociaux

à sortir de la micro-crèche à pied avec mon enfant, dans le cadre de projets de partenariat, type bibliothèque, école, sortie nature

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

M./MmeTel :Parenté :

M./MmeTel :Parenté :

M./MmeTel :Parenté :

Le.....

Signature Représentant 1 :

Signature Représentant 2 :