



Centre Intercommunal d'Action Sociale

FICHE D'INSCRIPTION Multi Accueil BIDIBULLE

"Au Village" - 32300 SAINT- ELIX-TEUX

Date inscription :/...../.....

ENFANT

NOM : Prénom :

Date de Naissance :/...../..... Sexe : garçon fille

Représentant légal <i>personne qui sera facturée</i>	Nom :	Adresse :
	Prénom :
	Tel domicile :	

N° Sécurité Sociale (couvrant l'enfant) : CAF
 N° allocataire de prestation : → régime : MSA Autre précisez

PERSONNES RESPONSABLES LEGALES de l'enfant

<p>NOM : Mr</p> <p>Prénom :</p> <p>Qualité : <input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Tuteur</p>	<p>NOM : Mme/Mlle.....</p> <p>Prénom :</p> <p><input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Tutrice</p>
<p>Situation Familiale <input type="radio"/> Mariés <input type="radio"/> Union libre <input type="radio"/> Pacsés <input type="radio"/> Divorcés <input type="radio"/> Séparés <input type="radio"/> Célibataire</p>	
<p>Adresse :</p> <p>Code Postal: Ville:</p> <p>tel domicile*:</p> <p>tel profess.:</p> <p>tel mobile :</p> <p>e mail :</p> <p>Profession :</p> <p>Employeur :</p>	<p>Adresse *:</p> <p>Code Postal: Ville:</p> <p>tel domicile *:</p> <p>tel profess. *:</p> <p>tel mobile *:</p> <p>e mail *:</p> <p>Profession :</p> <p>Employeur :</p>

<p>Frères et/ou Sœurs : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>	<p>Si oui, Nbre</p>
--	----------------------------------

PERSONNES AUTRES à contacter EN CAS D'URGENCE

Nom	Prénom	Statut (gd-parent...)	Ville de résidence	Téléphone (domicile, travail et mobile)

** si différente*

RENSEIGNEMENTS MEDICAUX

Médecin traitant :

Téléphone :

Adresse :

Observations / Allergies /
Traitement en cours / Autres :

Tout enfant présentant une allergie ou tout autre trouble de la santé évoluant sur une longue période doit faire l'objet d'un Plan d'Accueil Individualisé (PAI) avant son accueil.

PAI : OUI
 NON

AUTORISATION PARENTALE

Je soussigné(e) **Nom :** **Prénom :**

déclare sur l'honneur exercer l'autorité parentale sur le mineur

Nom : **Prénom :**

- autorise la responsable de structure, ou toute autre personne diplômée en son absence, à prendre les mesures nécessaires pour la santé de mon enfant et à faire pratiquer les interventions d'urgence au Centre Hospitalier d'Auch,
- autorise l'équipe de la micro-crèche à prendre des photos de mon enfant et à les afficher dans la structure. Aucune autre utilisation de ces photos ne sera faite sans autorisation de la famille, OUI
- autorise les personnes majeures, suivantes, à récupérer mon enfant : NON

Nom	Prénom	Statut (gd-parent...)	Ville de résidence	Téléphone (domicile, travail et mobile)

L'enfant ne sera pas confié à une autre personne sans autorisation écrite de son responsable. Toute personne inconnue des responsables des services devra présenter une pièce d'identité.

Par la signature de cette fiche d'inscription vous déclarez avoir pris connaissance du règlement intérieur et l'accepter. L'inscription sera définitive sous conditions :

- des vaccins DTP à jour (obligatoires en collectivité),
- de la remise de l'ensemble des documents administratifs demandés dûment complétés ainsi que les pièces justificatives ci-dessous mentionnées.

SIGNATURE (S) du ou des responsables

Fait à

le :/...../.....

PIECES A JOINDRE obligatoirement

	OUI	cadre réservé
• La photocopie de l'avis d'imposition du couple - année :	<input type="checkbox"/>	
• La photocopie du livret de famille	<input type="checkbox"/>	
• La photocopie de l'attestation d'assurance responsabilité civile de l'enfant	<input type="checkbox"/>	
• Le certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité	<input type="checkbox"/>	
• Le certificat médical autorisant la prise d'un antipyrétique (paracétamol exclusivement)	<input type="checkbox"/>	
• L'autorisation parentale pour administrer un antipyrétique (paracétamol exclusivement)	<input type="checkbox"/>	
• La photocopie du carnet de vaccinations à jour de l'enfant	<input type="checkbox"/>	

JOURS ET HORAIRES DE PRESENCES DE L'ENFANT

	HEURES D'ARRIVEE ET DE DEPART	
	MATIN	APRES-MIDI
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		

CONGES DES PARENTS

PERIODES

Siège: Centre Intercommunal d'Action Sociale Astarac Arros en Gascogne «Gravière» 32300 Idrac-Respaillès
 Tél: 05.62.59.04.48 Mail: petite.enfance@cdcaag.fr
Antenne : 19 Avenue de Gascogne- 32730 Villecomtal sur Arros - Tél.: 05.62.64.84.51

