



MULTI-ACCUEIL « TOURNI'COTON »



Association Trait d'Union
Mairie
48220 Le Pont-de-Montvert

☎ 04.66.31.47.04

Courriel : assotraitdunion48@orange.fr

1. Site du Pont de Montvert : mairie.48220 Le Pont-de-Montvert SML
☎ 04.66.31.47.04/06.66.94.50.98
2. Site de St Frézal de Ventalon: le Temple. 48240Ventalon-en-Cévennes
☎ 04.66.31.34.80
3. Site de Ste Croix Vallée Française: mairie. 48110 Ste Croix VF
☎ 04.66.47.31.06
4. Site de St Étienne Vallée Française: chemin nouveau 48330 St Étienne VF
☎ 04.66.48.29.15

DOSSIER D'INSCRIPTION

ACCUEIL REGULIER OU OCCASIONNEL

Nom et prénom de l'enfant :

POUR L'ACCUEIL REGULIER OU OCCASSIONNEL

A REMPLIR :

- fiche de renseignements concernant l'enfant et sa famille
- autorisation de prise en charge
- autorisation de photographe
- autorisation de soins d'urgence ou de soins spécifiques
- protocole de préparation, conservation et transport des repas
- attestation et prescription médicale (par le médecin traitant)

A FOURNIR :

- autorisation de consulter « Mon compte partenaire » pour l'accès aux revenus **ou** avis d'imposition ou non imposition des deux parents (N-2)
- photocopie des vaccinations (11 vaccins obligatoires pour les enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2018) ou certificat de contre-indication établi par un médecin
- un justificatif de domicile
- une copie du livret de famille
- attestation d'assurance responsabilité civile
- photocopie d'immatriculation CAF ou numéro MSA
- photocopie de la carte de sécurité sociale (pour les allocataires MSA)
- un chèque de 30 € d'adhésion à l'ordre de l'association « Trait d'Union »

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Renseignements concernant l'enfant :

Nom :

Prénoms :

Date et lieux de naissance :

Renseignements concernant les parents :

Père :

Mère :

Nom

Nom :

Prénom :

Prénom :

Adresse

Adresse (si différente).....

Tel fixe

Tel fixe (si différent).....

Tél port :

Tél port :

Profession :

Profession :

Mail:

Mail :

Autres enfants à charge dans le foyer : oui non nombre :

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance

Personne en charge du dossier CAF ou MSA :

N° allocataire CAF ou N° Sécurité sociale (allocataires MSA) :

Personne ayant la garde permanente de l'enfant en cas de séparation :

Personnes à contacter en cas d'urgence (en cas d'impossibilité de contacter les parents) :

Nom	Prénom	Téléphone	Lien avec la famille
1/			
2/			

II/ AUTORISATIONS

AUTORISATION DE PRISE EN CHARGE

nom	prénom	téléphone	Lien de parenté

Je soussigné (e) père, mère, représentant légal,
de l'enfant autorise les personnes ci-dessus à venir chercher mon
enfant à la crèche.

Date et signature :

AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER

Je soussigné- père, mère, représentant légal,
de l'enfant autorise : ou n'autorise pas :

Le personnel de la crèche à photographier mon enfant :

- pour les afficher dans la structure, puis pour me les transmettre en souvenirs,
- pour des montages de films sur DVD visionnés par les familles lors de festivités au sein de l'association « Trait d'Union »,
- comme support dans des dossiers de demande de subvention ou de bilan d'activités vers les administrations
- Pour illustrer des articles dans les journaux locaux.

Date et signature :

AUTORISATION DE SOINS D'URGENCE ET DE SOINS SPECIFIQUES :

Je soussigné (nom, prénom)- père, mère, représentant légal de
l'enfant autorise : ou n'autorise pas :

- l'équipe éducative à donner des soins d'urgence en cas d'accidents et à prévenir les secours. En cas d'indisponibilité du médecin traitant, il sera fait appel à un praticien et, en cas d'urgence, aux pompiers.

- l'équipe éducative à donner des soins spécifiques à l'enfant atteint de maladies chroniques avec une ordonnance fournie par le médecin traitant.

Date et signature :

AUTORISATION DE SORTIE DES LOCAUX :

Je soussigné (nom, prénom)- père, mère, représentant légal de
l'enfant autorise : ou n'autorise pas:

- L'équipe éducative à sortir en promenade dans le village lorsque l'effectif le permet et dans le respect des règles de sécurité.

Date et signature :

AUTORISATION DE CONSULTER « MON COMPTE PARTENAIRE »

(A nous retourner signé avec mention « lu et approuvé »)

La CCSS de Lozère peut nous fournir directement votre taux d'effort, permettant le calcul du tarif horaire pour l'accueil de votre enfant au sein du multi-accueil Tourni'Coton, si vous nous autorisez à le lui demander : vous n'aurez alors aucun justificatif à produire.

→ Merci de nous indiquer votre **numéro d'allocataire CAF** (bénéficiaires du régime général) :

→ Je soussigné(e) M. Mme**autorise Trait d'Union** à demander à la CCSS de Lozère, mon taux d'effort via le dispositif « Mon Compte Partenaire ».

Oui

Non

Fait à le

Signature du (des) représentant(s) légal (aux) précédée de
la mention « Lu et approuvé »

.....

III/ Protocole de préparation, de conservation et de transport du panier repas

La préparation :

- Se laver rigoureusement les mains et veiller à la propreté du matériel avant la préparation du repas.
- Vérifier l'état de fraîcheur des aliments et laver soigneusement les aliments frais
- Vérifier la date de péremption des aliments périssables.

La conservation :

- Si préparation mettre immédiatement au réfrigérateur, avec une température maximum de + 4°C (veiller à son nettoyage régulier).
- Utiliser des boîtes hermétiques (certifiées pour micro-onde) ou bocaux en verre propres.
- Respecter la durée de conservation et la température à – 18°C au congélateur ;
- Sortir le repas la veille et le laisser décongeler au réfrigérateur.

Le transport :

- Sortir le repas au dernier moment et noter le nom de l'enfant sur chaque récipient.
- Pour le pain et le fromage, les envelopper séparément.
- Mettre le repas dans un sac plastique propre avant de le stocker dans un sac isotherme muni d'un pain de glace ou d'un bloc réfrigérant pour le respect de la chaîne du froid.
- Donner le repas au personnel de la structure dès votre arrivée afin qu'il soit mis immédiatement au réfrigérateur.

ENGAGEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations relative à la préparation, à la conservation, et au transport du panier repas de mon enfant et je m'engage à respecter ce protocole.

Les parents :

IV/ ATTESTATION ET PRESCRIPTION MEDICALE

Je soussigné(e), médecin traitant de la famille.....

certifie que l'enfant.....

- est apte à être accueilli en collectivité,
- est à jour de ses vaccinations (en cas de contre indication temporaire, merci de joindre un certificat)

D'autre part,

- J'autorise le personnel de la crèche à administrer des soins établis selon le protocole du médecin référent de la structure.
- Autre prescription en homéopathie (ordonnance obligatoire) :
- J'autorise le personnel de la crèche à administrer du paracétamol à l'enfant en cas de fièvre supérieure à 38,5°C, en fonction de son poids.
- Je n'autorise pas le personnel de la crèche à administrer du paracétamol à l'enfant en cas de fièvre supérieure à 38,5°C.
- Autres prescriptions :

L'enfant a-t-il des allergies ? oui non

L'accueil de l'enfant en collectivité nécessite-t-il un protocole d'accueil individualisé (PAI) ?

oui non

Si oui, merci de remplir et de joindre le PAI (les médicaments devront être apportés par les parents dans des boîtes fermées, avec une date de péremption valide, et renouvelés si besoin).

Cachet et signature du Médecin traitant

A

Le