



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
HANAU LA PETITE PIERRE

PETITE ENFANCE

NOM :

PRENOM :

STRUCTURE :

LISTE DES DOCUMENTS A FOURNIR POUR UNE INSCRIPTION

1. DOCUMENTS A FOURNIR :

- Un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois (facture d'eau, électricité, gaz).
- Une attestation d'assurance Responsabilité Civile datant de moins de 3 mois et établie au nom de l'enfant couvrant les risques pouvant être occasionnés par l'enfant à des tiers.
- Une photocopie du carnet de vaccination à jour.

A ajouter au cas par cas :

- La copie de l'avis d'imposition N-2 ou de non-imposition **uniquement pour les personnes non affiliées à la CAF.**
- Un justificatif pour les familles ayant à charge un enfant présentant un handicap.
- Un PAI (**Protocole Accueil Individualisé**) donné par le médecin traitant de l'enfant (si nécessaire).

2. DOCUMENTS A RAPPORTER COMPLETES ET SIGNES PAR LE(S) REPRESENTANTS LEGAL(AUX) (cf. dossier ci-joint) :

- La fiche d'inscription
- Autorisations/ acceptation des parents :
 - D'hospitalisation, de soins et d'intervention chirurgicale en cas d'urgence
 - Droit à l'image
 - De sortie
 - Du règlement de fonctionnement
- Le document « certificat médical » à remplir par le médecin de l'enfant attestant :
 - La non contre-indication à la vie en collectivité
 - L'autorisation d'administration de paracétamol en cas de douleur et/ou fièvre
 - Le carnet de santé à jour

- ✓ **Le dossier devra obligatoirement être complet avant le 1^{er} RDV d'adaptation de l'enfant**
- ✓ **Le contrat est à signer dès la fin de l'adaptation auprès de la direction**
- ✓ **Tout changement (coordonnées, situation familiale...) devra obligatoirement être signalé dans les meilleurs délais à la direction**
- ✓ **Toutes informations médicales et/ou spécifiques concernant l'enfant doit être portées à tout moment à la connaissance de l'équipe encadrante (ex : spasme du sanglot, asthme, crise convulsive etc.)**
- ✓ **L'attestation responsabilité civile au nom de l'enfant est à renouveler tous les ans**



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
HANAU LA PETITE PIERRE

PETITE ENFANCE

FICHE D'INSCRIPTION

Les informations recueillies sur ce document sont enregistrées dans un fichier informatisé par les responsables d'unité dans le but de référencer les familles inscrites dans les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE). Elles sont conservées pendant six ans et sont destinées à l'usage des agents du service des EAJE et administrateurs du service. Conformément aux lois « Informatique & Liberté » et « RGPD », vous pouvez exercer vos droits d'accès aux données, de rectification ou d'opposition en contactant : dpo@hanau-lapetitepierre.alsace Communauté de Communes de Hanau-La Petite Pierre, Maison de l'Intercommunalité, 10, route d'Obermodern, 67330 BOUXWILLER.

1. L'ENFANT

NOM(S) : PRENOM(S) :

DATE DE NAISSANCE :Lieu de naissance :

Médecin traitant :

NOM :

ADRESSE :

TELEPHONE :

Particularités de l'enfant :

ALLERGIE :

REGIME ALIMENTAIRE SPECIFIQUE :

AUTRE (spasme du sanglot, asthme, crise convulsive, augmentation rapide de la température corporelle etc.) :

⚠ Pour une bonne prise en charge de votre enfant tout au long de son parcours au sein de la structure, il est impératif de nous communiquer toutes informations médicales et/ou spécifiques le concernant.

2. LA FAMILLE

a) La Maman :

NOM MARITAL / NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOM(S) :

N° Sécurité Sociale :

Adresse :

POSTALE :

MAIL :

Téléphone :

FIXE :

PORTABLE :

TRAVAIL :

Informations professionnelles :

PROFESSION :

EMPLOYEUR :

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

b) Le Papa :

↵ NOM :
↵ PRENOM(S) :
↵ N° Sécurité Sociale :

Adresse :

↵ POSTALE :
↵ MAIL :

Téléphone :

↵ FIXE :
↵ PORTABLE :
↵ TRAVAIL :

Informations professionnelles :

↵ PROFESSION :
↵ EMPLOYEUR :
↵ ADRESSE DE L'EMPLOYEUR :

3. INFORMATIONS ADMINISTRATIVES :

↵ Nombre d'enfant à charge :

↵ REGIME (veuillez cocher la case correspondante) :

- Local MSA
 Général Autre

N° Allocataire CAF :

4. PERSONNES MAJEURES AUTORISEES A CHERCHER L'ENFANT :

Nom	Prénom	Lien de parenté	Adresse postale	N° de téléphone

Date :

Signature(s) du/des parent(s) du/des responsable(s) légal (aux)



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
HANAU LA PETITE PIERRE

PETITE ENFANCE

AUTORISATION DES PARENTS OU SUBSTITUTS PARENTAUX

Nous soussignés, Mr..... , Mme.....
père/mère/responsable légal de l'enfant (rayez la mention inutile) autorisons :

- L'équipe du Multi-accueil La souris verte / du Multi-accueil La capucine / de la Micro crèche L'arbre à papillons (rayez la mention inutile) à prendre toutes les mesures rendues nécessaires par son état de santé, notamment en cas d'urgence et d'hospitalisation (le transport se faisant sous la responsabilité du SAMU).
- L'équipe du Multi-accueil La souris verte / du Multi-accueil La capucine / de la Micro crèche L'arbre à papillons (rayez la mention inutile) à prendre des photos ou à filmer mon enfant lors des activités de la structure. Ces documents peuvent être exposés et publiés dans la presse et/ou sur le site Facebook de la Communauté des Communes.
- L'enfant à participer aux promenades de découvertes aux alentours de la structure d'accueil proposées par L'équipe du Multi-accueil La souris verte / du Multi-accueil La capucine / de la Micro crèche L'arbre à papillons (rayez la mention inutile).
- Reconnaissons avoir pris connaissance et acceptons les clauses du règlement de fonctionnement actuellement en vigueur et affiché au Multi-accueil La souris verte / au Multi-accueil La capucine / à la Micro crèche L'arbre à papillons (rayez la mention inutile).

Fait à :

Le :

Signature(s) :

Précédé(es) de la mention

« Lu et approuvé »



COMMUNAUTÉ DE COMMUNES
HANAU LA PETITE PIERRE

PETITE ENFANCE

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur

Certifie que l'enfant Nom : Prénom :

né(e) le :

- Ne présente aucune contre-indication à la vie en collectivité.
- Est à jour de ses vaccinations.
- Autorise l'administration de paracétamol en cas de fièvre supérieure à 38°5 comme défini dans le protocole établi par le médecin référent de la structure.



Au cas par cas et si nécessaire :

- Fait l'objet d'un P.A.I (merci de nous fournir impérativement le document)

Observations médicales particulières : allergies, intolérance, régime, alimentaire, traitement médical, maladie :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fait à : le :

Cachet et signature du médecin traitant :