



FICHE PETITE ENFANCE 2017-2018

PHOTO

FICHE ENFANT

Nom :Prénom :
Date de naissance : Age :Sexe : M / F

FICHE FAMILLE

Nom du/des responsable(s) légal/légaux :
Liens de parenté : Situation familiale :
@ (Parents) :
Tel des parents :

Personne(s) à contacter en cas d'urgence, autre que responsable légal(Nom, Prénom, Qualité, Téléphone) :

Etablissement(s) d'accueil fréquenté(s)

M.A.C passerelles (bébés – moyens – grands) // M.A.C Noëlle Dewavrin (bébés – moyens – grands)

Régime alimentaire pour Centre Noëlle Dewavrin

- Normal sans porc sans poisson sans viande
 Allergique (obligation de joindre un PAI -Protocole d'Accueil Individualisé, disponible à l'espace familles)



J'autorise.....

- les directeurs ou responsables de la structure d'Accueil à prendre toutes les mesures d'urgence prescrites par le médecin, en cas de maladie ou d'accident, y compris éventuellement une hospitalisation (avec anesthésie),
- le personnel encadrant mon enfant à administrer à mon enfant un médicament antipyrétique en cas de température supérieur à 38°5. **Dans tous les cas, je m'engage à venir chercher mon enfant dans l'heure qui suit l'appel téléphonique.**
- les directeurs, les responsables de la structure et la municipalité à utiliser les photographies ou vidéos de mon enfant dans le cadre d'opérations de communication et d'information (bulletins et site municipaux, presse, Facebook.etc..) conformément à la réglementation au droit de l'image (article 9 du code civil) et décharge de toutes responsabilités toutes utilisations autre que municipales.
- la municipalité à transmettre une copie (CD ou Clé USB) des photographies et vidéos, où peut apparaitre mon enfant, aux familles qui souhaitent conserver un souvenir de leur propre enfant.
- les directeurs ou responsables de la structure d'Accueil à laisser partir mon enfant accompagné des personnes suivantes : nom- prénom-qualité (une pièce d'identité pourra être demandée)

Nom(s) et prénom(s) du ou des représentant(s) légal (aux).....
déclare(ent) exacts les renseignements inscrits et atteste(nt) avoir pris connaissance du règlement intérieur des Multi Accueils¹ et s'engage(nt) à les respecter, à les faire respecter à mon enfant et à n'utiliser ou diffuser aucune photo ou vidéo des structures sur des réseaux sociaux ou autres.

A.....le

Signature du/des représentant(s) légal/légaux)



PIECES A FOURNIR POUR L'INSCRIPTION : le dossier famille complet, une photographie, une copie du carnet de vaccination, Numéro d'Allocataire CAF.



¹ Règlement disponible en Mairie ou sur le site www.mouviaux.fr

FICHE SANITAIRE DE LIAISON DU SERVICE PETITE ENFANCE

Cette fiche permet de recueillir des informations utiles à l'accueil et au suivi de l'enfant, elle évite de vous démonir de son carnet de santé.

Nom de l'enfant : Prénom

Date de Naissance : Sexe : M F

Médecin de famille ou pédiatre : N° de téléphone :

Adresse :

Hôpital public ou clinique privée où l'enfant peut être amené en cas d'accident (sous réserve que le lieu ne soit pas imposé par les services d'urgence): Nom :.....

Adresse : N° de téléphone :

Renseignements médicaux

Vaccinations: Si l'enfant n'a pas effectué les vaccins obligatoires, joindre un certificat médical de contre-indication



- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> DTP (Obligatoire) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> BCG |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> ROR |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> HEPATITE |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MENINGITE |

L'enfant à t-il déjà eu les maladies suivantes :



- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rubéole |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Varicelle |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Oreillons |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Rhumatisme articulaire aigu |



- | | |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Coqueluche |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Angine |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Scarlatine |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Otite |

DIFFICULTES DE SANTE (maladie, accidents, convulsions, hospitalisation...en précisant la date et précautions à prendre) :.....

ALLERGIES (précisez la cause et la conduite à tenir) :

RECOMMANDATIONS PARTICULIERES (port de lunettes, prothèses auditives, autres):.....

Je soussigné (e),.....responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche.

A.....le

Signature du/des représentant(s) légal(légaux)

