



*Et Médico-Social*

Du Haut Morvan

MAISON DE L'ENFANCE  
8 rue Gallois  
58120 CHATEAU-CHINON

## DOSSIER D'ADMISSION 2022-2023

Date dépôt dossier : \_\_\_\_\_

Date souhaitée d'admission : \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse :  
\_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_      sexe : M  F

Age : \_\_\_\_\_ an(s)

ACCUEIL REGULIER  ACCUEIL OCCASIONNEL

### Contact prioritaire

*Pour informations et facturation dématérialisé*

Nom : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

**PRESENCE PREVISIONNELLE ACCUEIL REGULIER**

**Hors vacances scolaires**

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Arrivée	h	h	h	h	h
Départ	h	h	h	h	h

En cas de plannings différents d'une semaine à l'autre, merci de joindre un prévisionnel sur papier libre

**Pendant vacances scolaires si différents**

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
Arrivée	h	h	h	h	h
Départ	h	h	h	h	h

**RENSEIGNEMENTS SANITAIRES**

**MEDECIN TRAITANT :**

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**L'Enfant a-t-il des antécédents médicaux ou chirurgicaux :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Votre enfant prend-t-il un traitement de façon régulière ?**

OUI

NON

Pour toute prescription particulière, veuillez joindre impérativement une copie de l'ordonnance.

## RENSEIGNEMENTS PARENTS

### PERE :

Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Code Postal : _____	Ville : _____
Date de Naissance : _____	Profession : _____
Employeur : _____	
Adresse employeur : _____	
Code Postal : _____	Ville : _____
E-mail _____	
Portable : _____	Téléphone Travail : _____

### MERE :

Nom : _____	Prénom : _____
Adresse : _____	
Code Postal : _____	Ville : _____
Date de Naissance : _____	Profession : _____
Employeur : _____	
Adresse employeur : _____	
Code Postal : _____	Ville : _____
E-mail : _____	
Portable : _____	Téléphone Travail : _____

## SITUATION FAMILIALE

Mariés	Pacsés	Concubins	Veuf(ve)	Célibataire	Divorcés
<input type="checkbox"/>					

Personne(s) ayant la garde : Père  Mère

Nombre de frères et sœurs à charge : \_\_\_\_\_

Âges : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

### TARIFS

La participation financière est fixée suivant les barèmes de la Caisse Nationale d'Allocations Familiales. Il tient compte des revenus et du nombre d'enfants du foyer. C'est un tarif à l'heure.

### REGIME

Percevez-vous des prestations familiales :  OUI  NON

Si oui, de quels Organisme ?  CAF  MSA  Autre : \_\_\_\_\_

Nom de l'allocataire : \_\_\_\_\_

N° allocataire : \_\_\_\_\_ Département Caisse

### AUTORISATION D'ACCES AU QUOTIEN FAMILIAL VIA CAFPRO

J'autorise la Direction à calculer le tarif horaire via l'accès sécurisé en ligne à CAFPRO

Signature du Père :

Signature de la Mère :

### AUTORISATIONS

Le Présent Dossier est valable jusqu'à la fermeture estivale 2022. Merci de fournir toutes les pièces justificatives en cas de changement de situation durant la période.

### AUTORISATION DE SOINS D'URGENCES

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche d'inscription et autorise la Responsable à prendre, le cas échéant, toutes les mesures urgentes (traitements médicaux, hospitalisations, interventions chirurgicales) rendues nécessaires par l'état de l'enfant).

J'autorise également le personnel du Multi-Accueil à administrer un antithermique (paracétamol, posologie adaptée au poids) à mon enfant, si celui-ci présente une température supérieure à 38,5 °C, en attendant que vous veniez le récupérer.

Signature du Père

Signature de la Mère

En cas d'urgence, la responsable s'engage à prévenir la personne recommandée

### ACCEPTATION DU REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_, responsable de l'Enfant \_\_\_\_\_ déclare avoir pris connaissance du règlement de la structure, l'accepte dans son intégralité et m'engage à respecter les dispositions relatives à l'accueil des enfants, citées dans ledit règlement.

Fait à :

Signature du Père

Signature de la Mère

### AUTORISATION DE PHOTOGRAPHIER ET DE FILMER

J'autorise l'équipe d'encadrement (ainsi que les stagiaires) à photographier/filmer mon enfant dans le cadre des activités proposées individuellement et/ou en groupe. Ces images seront exclusivement destinées à l'usage des familles, à l'illustration de documents, bulletins d'information ainsi qu'au site internet et à la page facebook de l'association.

OUI       NON

Signature du Père :

Signature de la Mère

Le Présent Dossier est valable jusqu'à la fermeture estivale 2022. Merci de fournir toutes les pièces justificatives en cas de changement de situation durant la période.

### AUTORISATION DE SORTIES

J'autorise le personnel à effectuer des sorties avec mon enfant afin qu'il puisse bénéficier d'activités en plein air, de sorties éducatives et la participation de l'enfant aux temps collectifs partagés avec les autres services de la Maison de l'Enfance.

Signature du Père :

Signature de la Mère :

### HABILITATIONS

Personnes Majeures habilitées à reprendre l'enfant à la structure. Il est impératif d'avertir le service au préalable du nom de la personne majeure désignée à venir chercher l'enfant sur la structure (sur présentation d'un justificatif d'identité) :

Nom des personnes autorisées :

Nom : \_\_\_\_\_ téléphone : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Et/ou Nom : \_\_\_\_\_ téléphone : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Et/ou Nom : \_\_\_\_\_ téléphone : \_\_\_\_\_

Lien avec l'enfant : \_\_\_\_\_

Signature du Père :

Signature de la Mère :

Date de dépôt du dossier : \_\_\_\_\_

### PIECES D'INSCRIPTION OBLIGATOIRES

- Dossier d'inscription ci-dessus dûment rempli
- Certificat Médical de non contre-indication à la vie en collectivité établi par le médecin traitant de l'enfant.
- Pour les enfants porteurs de handicap ou devant suivre un protocole médical individualisé, un certificat médical établi par le médecin traitant
- Si non signature de l'autorisation d'accès au quotient familial via CAFPRO, ou si non allocataire CAF, dernier avis d'imposition année N-1.
- Photocopie du carnet de vaccination de l'enfant.
- Attestation d'assurance responsabilité civile et individuelle
- Photocopie du livret de famille (filiation complète)
- En cas de séparation des parents, présentation du document officiel précisant le droit de garde et le domicile de l'enfant.

Le Présent Dossier est valable jusqu'à la fermeture estivale 2022. Merci de fournir toutes les pièces justificatives en cas de changement de situation durant la période.