



INFORMATIONS GÉNÉRALES

Le présent dossier d'inscription (ou de réinscription) doit être COMPLET afin de pouvoir commencer l'adaptation de votre enfant.

➤ Documents à compléter dans ce dossier

- Fiche d'inscription enfant (2 pages)
- Autorisations
- Dossier médical

➤ Document à faire remplir par votre médecin traitant

- Certificat médical d'aptitude d'entrée en collectivité
(uniquement pour la première inscription)

➤ Documents à apporter

- Livret de famille (+ photocopies)
- Carnet de Santé (+ photocopies du certificat de vaccination)
- Attestation de responsabilité civile (de l'année scolaire en cours)

Les informations recueillies par la communauté de communes du Pays de Pont-Château / St-Gildas-des-Bois font l'objet d'un traitement aux fins de gestion administrative de l'accueil de votre enfant au Multi-accueil, de sa prise en charge globale ainsi qu'aux fins de promotion des activités petite enfance et d'accompagnement à la parentalité proposées par la communauté de communes. Elles seront conservées la durée nécessaire à la réalisation des finalités, en conformité avec les textes législatifs applicables. Ces informations sont destinées à la communauté de communes du Pays de Pont-Château / St-Gildas-des-Bois et pourront être communiquées aux destinataires externes strictement habilités tels que la Caisse d'Allocations Familiales et la Trésorerie Générale.

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et à la loi « Informatique et Libertés », vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification, de limitation, de portabilité, d'opposition et d'effacement au traitement de vos données. Ces droits peuvent être exercés en contactant le Délégué à la Protection des Données, à l'adresse dpo@cc-paysdepontchateau.fr. Vous disposez également du droit de déposer, à tout moment, une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Les informations figurants dans ce dossier sont consultables par le service petite enfance (Relais Assistant(e)s Maternel(le)s et Multi-accueils) de la Communauté de Communes du pays de Pont-Château et Saint-Gildas-des-Bois. Les données médicales sont consultables uniquement par la direction et le médecin des structures.

VERSO
(laisser vierge)



FICHE D'INSCRIPTION ENFANT

Nom :
Prénom :
Date et lieu de naissance :

	MÈRE	PÈRE	TUTEUR	MÈRE	PÈRE	TUTEUR
Nom et Prénom						
Date de naissance <i>(facultatif)</i>						
Situation familiale* <i>(facultatif)</i>						
Adresse complète						
Téléphone du domicile et téléphone portable						
Adresse mail <i>Cochez celle souhaitée pour l'envoi des factures</i>						
Employeur et N° de téléphone <i>pour vous contacter en cas d'urgence, maladie, retard...</i>						
Profession <i>(facultatif)</i>						

GENERALITES

Régime	<input type="checkbox"/> MSA <input type="checkbox"/> CAF du 44 <input type="checkbox"/> Autres : _____	
N° allocataire et NOM du bénéficiaire	N° :	Bénéficiaire :
Tarif en cours (partie réservée au multi-accueil)		

**En cas de séparation ou de divorce, merci de nous le préciser ainsi que les modalités de garde. En cas d'interdiction judiciaire, de modification de l'autorité parentale, un justificatif devra nous être remis (copie de jugement, ordonnance de conciliation...)*



FICHE D'INSCRIPTION ENFANT (suite)

ENFANT(S) À CHARGE		
Nom	Prénom	Date de naissance

PERSONNES AUTORISÉES

Attention : seules des personnes majeures sont autorisées à venir récupérer votre enfant, une pièce d'identité leur sera demandée.

Pour toute interdiction judiciaire, un justificatif devra nous être remis (copie de jugement, ordonnance de conciliation...)

Nom et prénom	Cocher si à prévenir en cas d'urgence (si vous n'êtes pas joignables)	Cocher si Autorisé à venir chercher l'enfant	Lien de parenté	Téléphone	Adresse

SIGNATURES

Fait à

Le

Signature(s) :



AUTORISATIONS

NOM ET PRÉNOM de l'enfant :

DÉTAILS DES AUTORISATIONS

<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	Le personnel à sortir notre enfant de l'enceinte de l'établissement pour les sorties en groupe.
<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	Le personnel à transporter ou faire transporter notre enfant dans les véhicules de l'établissement dans le cadre des sorties en groupe.
<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	La diffusion des photos et films de mon enfant sur le site de la communauté de communes, les plaquettes d'information, les réseaux sociaux, dans la presse.
<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	Le personnel à photographier ou filmer notre enfant dans le cadre des activités du multi accueil pour un usage interne
<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	La direction à consulter notre dossier allocataire CDAPE/MSA afin d'accéder directement aux ressources (quotient, revenus, nombre d'enfants à charge) à prendre en compte pour le calcul des tarifs. (Les services CAF.fr et MSA respectent les règles de confidentialité et font l'objet d'autorisation de la CNIL. Ils attribuent un identifiant et un mot de passe qui est strictement personnel et confidentiel à l'équipe de direction.)
<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	Le personnel à administrer à notre enfant les éventuelles médications prescrites par votre médecin et sur présentation de l'ordonnance.
<input type="checkbox"/> Autorise <input type="checkbox"/> N'autorise pas	Le personnel à administrer à notre enfant du Doliprane pédiatrique en cas de fièvre supérieure à 38,5° ou douleur entravant son bien-être sur présentation du certificat médical fourni lors de l'inscription.

SIGNATURES

Je soussigné(e) Madame/Monsieur

déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement, m'engage à le respecter, autorise l'équipe de direction à prendre les mesures d'urgences nécessaires concernant notre enfant (SAMU, pompiers, hospitalisation, anesthésie) et confirme les autorisations mentionnées ci-dessus.

Fait à

Le

Signature(s) :

VERSO
(laisser vierge)



DOSSIER MÉDICAL

Renseignements consultables uniquement par la Direction et par le médecin de la structure.

NOM ET PRÉNOM de l'enfant :

Médecin	Téléphone	Spécialité

Allergies

- Alimentaires
- Médicamenteuses
- Asthmes

Remarque :

Difficultés de santé

PAI (Projet d'Accueil Individualisé)

Recommandations utiles des parents

Remarque :

Régimes alimentaires

- Sans porc
- Végétarien
- Sans poisson
- Autres :

VERSO
(laisser vierge)



Document à faire remplir par votre médecin

CERTIFICAT MÉDICAL

Conformément au Code de la Santé publique article R2324-39, paragraphe V

En qualité de médecin, je certifie que l'enfant : _____

- Est en bonne santé, ne présente pas de signe de maladie contagieuse cliniquement décelable, et peut, à ce titre, être admis en collectivité ;
- Ne présente pas de contre-indication à la prise de Doliprane pédiatrique en cas de fièvre supérieure à 38,5° ou en présence de douleurs entravant son bien-être.
- Celui-ci pourra être administré par les professionnels du multi-accueil en cas de besoin à la dose poids du jour, toutes les 6 heures. (Poids à ce jour : _____)

Date :

Cachet et signature :