

FICHE D'INSCRIPTION ET DE LIAISON MULTIACCUEIL









Pomme de Reinette et Pomme d'Api, 20 rue des écoles

Nom de l'enfant :	Prénom : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Date de naissance :	
Adresse (résidence habituelle de l'enfant) :	


Multi-Accueil régulier : Je remplis également [le formulaire de pré-inscription](#) mais ce formulaire ne vaut pas admission, je continue mes recherches pour la garde de mon enfant en attendant l'avis de la commission d'attribution des places.

Multi-Accueil occasionnel : Je m'engage à prendre rendez-vous auprès de la directrice de la structure.

 **Parents ou représentants légaux :**






MÈRE / PÈRE / TUTEUR (rayer les mentions inutiles)	MÈRE / PÈRE / TUTEUR (rayer les mentions inutiles)
Nom :	Nom :
Prénom :	Prénom :
Adresse :	Adresse :
.....
.....
 Mail :	 Mail :
 Domicile :	 Domicile :
 Mobile :	 Mobile :
Profession :	Profession :
Employeur :	Employeur :
 Travail :	 Travail :
Mariés / Pacsés <input type="checkbox"/> Vie Maritale <input type="checkbox"/> Divorcés / Séparés <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf (ve) <input type="checkbox"/>	

En cas de divorce ou de séparation, si un parent n'a pas l'autorité parentale, nous fournir la photocopie de l'extrait de jugement stipulant les modalités de garde de l'enfant

 **Composition du foyer** : Nombre d'enfant(s) à charge

	NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			
Enfant 4			
Enfant 5			

 **Prestations familiales :**


-  Organisme : Caisse d'Allocations Familiales MSA (Sécurité sociale agricole)
-  N° allocataire CAF 44 ou MSA : _____ Quotient familial : _____
-  Allocation CAF : **joindre** une attestation de quotient familial
-  J'autorise OUI NON la transmission de données anonymes à la CNAF pour des statistiques de la branche famille (enquête Filoue).
-  Assurance : **joindre** une attestation de responsabilité civile

Droit à l'image : j'autorise que mon enfant soit photographié ou filmé pendant les activités, et à exploiter les photos dans les publications municipales et sur www.thouare.fr. OUI NON



: Tout changement d'information en cours d'année doit être signalé à la directrice et à la mairie.

 **Renseignements médicaux :**

 Vaccins : **joindre** une copie des pages de vaccinations du carnet de santé de l'enfant, document **obligatoire** pour valider l'inscription dans les structures municipales.


Allergies :

Votre enfant souffre t-il ? d'asthme d'allergies alimentaires d'allergies médicamenteuses

Votre enfant a-t-il un Protocole d'Accueil Individualisé (PAI)? OUI NON année : _____

Autre :


A noter, en cas de traitement médical, d'allergie ou d'intolérance alimentaire, un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.) pourra être mis en place permettant de préciser les conduites à tenir en cas d'urgence. Demande est à faire auprès d'un médecin, de la directrice du Multi-Accueil et du médecein de la crèche.

 **Observations particulières** que vous jugerez utiles de porter à la connaissance de l'équipe pédagogique (traitement médical en cours, port de lunettes, précautions particulières à prendre...).

.....

.....

.....

 Nom, adresse et n° de téléphone du médecin traitant :
.....
.....

 **AUTORISATIONS :**



Autres personnes autorisées à **prendre en charge** l'enfant et à **être appelé en cas d'urgence** si besoin :

 Nom Prénom..... 


Lien avec l'enfant


 Nom Prénom..... 

Lien avec l'enfant

 Nom Prénom..... 

Lien avec l'enfant

 **J'autorise** **Je n'autorise pas** le personnel du Multi-Accueil à accompagner mon enfant en sortie, à pied ou en poussette, à Thouaré-sur-Loire uniquement. *Pour toute autre sortie, un accord préalable sera demandé aux parents.*

 **J'autorise** **Je n'autorise pas** le personnel diplômé, sous la responsabilité de la direction du Multi-Accueil à administrer les médicaments prescrits par le médecin de notre enfant, sur présentation de l'ordonnance en cours de validité. A également prendre toute décision jugée utile devant une éventuelle intervention médicale ou chirurgicale, nécessitant une anesthésie générale prescrite par le corps médical, dans le cas où mon enfant serait victime d'un accident ou d'une maladie aiguë à évolution rapide.

Je soussigné(e)..... déclare avoir pris connaissance du règlement intérieur du Multi-accueil et je m'engage à le respecter. Je déclare avoir pris connaissance des horaires et des conditions de réservation et de prise en charge de mon enfant et les accepter. Dans le cas contraire, je reconnais être informé sur d'éventuelles sanctions.

Je décharge la Ville de Thouaré-sur-Loire de toutes responsabilités en cas de détérioration, perte ou vol d'objets personnels de valeur.

Je déclare sur l'honneur, exacts les renseignements indiqués dans cette fiche d'inscription et de liaison, et je m'engage à informer les services municipaux de tout changement intervenant dans ma situation, qu'il soit d'ordre familial, de domicile, d'employeur, de revenu, de domiciliation bancaire.

Fait à Thouaré-sur-Loire, le :

Signatures des représentants légaux :