



## CHERS PARENTS,

En vue de compléter votre dossier d'inscription, et pour le calcul des forfaits de l'année 2023, merci de nous fournir rapidement les photocopies suivantes et les documents joints, dûment **signés** **par les deux parents** :

- Avis d'imposition 2022 sur les revenus 2021 (les quatre pages), pour les deux parents.
- Justificatifs de moins de trois mois, d'activité Professionnelle pour l'année en cours (bulletin de salaire, extrait K-BIS...), pour les deux parents.
- Justificatif de domicile de moins de trois mois.
- Livret de famille (parents + fratrie).
- Les Photocopies des deux pages du carnet de vaccination de votre enfant (veillez à noter le nom et prénom de votre enfant sur chacune des pages).
- Un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité.
- Remplir le dossier ci-joint.

Merci,  
*Emma HOSER*

Rentrée de septembre 2023



Section : .....

**FICHE D'INSCRIPTION**

**L'ENFANT :**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Nom et prénom du médecin traitant ou pédiatre : .....

Tél. : .....

***Entrée à la crèche :***

Date souhaitée : .....

Date de reprise de travail de la maman : .....

(Prévoir une à deux semaines pour l'adaptation progressive)



**PREVISIONS DES JOURS ET HEURES DE GARDE DE L'ENFANT**

| JOURS    | ARRIVEE<br>Accueils entre 7h45 et 9h30 | DEPART<br>Départ matin entre 11h45 et 12h00 (sauf section des bébés)<br>Après midi à partir de 15h00 jusqu'à 18h30 |
|----------|--|--|
| Lundi    |  |  |
| Mardi    |  |  |
| Mercredi |  |  |
| Jeudi    |  |  |
| Vendredi |  |  |

**Personnes habilitées à venir chercher l'enfant (en dehors des parents) :**

Nom, Prénom : ..... lien de parenté ..... Tél. : .....

Nom, Prénom : ..... lien de parenté ..... Tél. : .....

Nom, Prénom : ..... lien de parenté ..... Tél. : .....

Nom, Prénom : ..... lien de parenté ..... Tél. : .....



**LES PARENTS :**

**Père**

Nom : .....

Prénom : .....

N° Mobile : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Tél. travail : .....

-----

Adresse personnelle :

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Email personnel (obligatoire) :

.....

Tél. domicile : .....

-----

**Mère**

Nom : .....

Prénom : .....

N° Mobile : .....

Profession : .....

Employeur : .....

Tél. travail : .....

-----

Adresse personnelle :

.....

.....

Code postal : ..... Ville : .....

Email personnel (obligatoire) :

.....

Tél. domicile : .....

-----

**Situation familiale :**  mariés  pacsés  union libre  Séparés  famille monoparentale

**Nombre d'enfants à charge :** .....

**Caisse d'Allocations Familiales :**

Nom de l'allocataire : ..... N° : .....

Régime d'affiliation : .....

**Assurance responsabilité civile :**

Compagnie : ..... N° contrat : .....

Roquefort-les-Pins, le .....

Signatures des parents,



L'enfant :

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Lieu de naissance : .....

**FICHE MEDICALE**

A compléter par les parents

**Antécédents**

Maladies antérieures : .....

Hospitalisations et interventions : .....

Recommandations alimentaires, **dans le cadre uniquement d'un Projet d'Accueil Individualisé** : Le PAI est un document qui doit être établi par votre médecin traitant ou pédiatre, et renouvelé à chaque rentrée scolaire. En cas d'évolution ou d'arrêt du PAI en cours d'année, le document devra être remis à jour.

Allergies connues (PAI) : .....



**AUTORISATION PARENTALE**

Nous, soussignés, Mr et Mme ....., autorisons le transfert de notre fille, fils ..... à l'hôpital en cas de nécessité, ainsi que l'exécution des soins urgents.

Roquefort-les-Pins, le ..... Signatures : Mère :

Père :



## NOTE D'INFORMATION DES ALLOCATAIRES

### ----- Caisse Nationale d'Allocations Familiales

Madame, Monsieur,

Nous tenons à vous informer que la Caisse d'Allocations Familiales des Alpes-Maritimes met à votre disposition un service Internet à caractère professionnel qui nous permet de consulter directement les éléments de votre dossier d'allocations familiales nécessaires à l'exercice de notre mission.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous rappelons que vous pouvez vous opposer à la consultation de ces informations en nous contactant. Dans ce cas, il vous appartient de nous fournir les informations nécessaires au traitement de votre dossier.

**Nom de l'enfant** : .....

**Régime d'allocataire** : .....  
(Régime Général, Régime Agricole MSA, Caisse Monégasque)

**Nom de l'Allocataire** : .....

**N° d'Allocataire** : .....

J'autorise la Crèche Boule de Gomme à consulter mon dossier d'allocations familiales.

**Date** : .....

**Signatures des parents** :



**NOM et PRENOM de l'enfant** : .....

**NOMS et PRENOMS des deux parents** : .....

.....

**AUTORISATION DE SORTIE**

Nous, soussignés, autorisons notre enfant à sortir de la crèche, accompagné du personnel de la crèche et encadré par la police municipale, pour aller :

- À la médiathèque
- À l'école maternelle
- À une manifestation exceptionnelle

**Roquefort Les Pins, le .....**      **Signatures des parents**

**AUTORISATION DE PUBLICATION DE PHOTOS**

Nous, soussignés, autorisons pour notre enfant :

- Le personnel de la crèche** à prendre des photos qui resteront en interne,
- La mairie**, afin de les publier à des fins non commerciales dans tous supports communaux.
- Les photographes, journalistes de la presse** pour des manifestations de la crèche (Carnaval, Noël...).

**Roquefort les Pins, le .....**      **Signatures des parents**

# Boule de Gomme



Nom et prénom de l'enfant : .....

## FORMULAIRE D'AUTORISATION PARENTALE POUR L'ADMINISTRATION DU PARACETAMOL EN CRECHE




Je soussigné(e), .....autorise l'ensemble du personnel de la crèche « Boule de Gomme » à administrer le paracétamol à mon enfant, en cas de température supérieure ou égale à 38,5°C, ou en cas de douleur persistante, en fonction du poids de mon enfant. Nous vous contacterons toujours par téléphone au préalable afin de vous informer de la situation.

DATE : \_\_\_\_\_ SIGNATURE des parents



## FORMULAIRE D'INFORMATION – PRISE DE TEMPERATURE

### Modes de surveillance de la température :

La température de votre enfant sera prise prioritairement avec un thermomètre frontal sans contact. 

En cas de doute uniquement, j'autorise le personnel de la crèche à contrôler la température de mon enfant en rectal. 

NOM et PRENOM du ou des PARENTS : .....

DATE : \_\_\_\_\_ SIGNATURE du ou des parent(s)





Veillez consulter les documents suivants que vous pouvez retrouver en ligne, sur le site de la mairie (onglet Jeunesse, puis Petite Enfance, puis « Boule de Gomme ») :

Je reconnais avoir pris connaissance et accepter le **Règlement de Fonctionnement** de la crèche Boule de Gomme, version septembre 2022.

Je reconnais avoir pris connaissance et accepter le **Protocole des Recommandations Sanitaires** de la crèche Boule de Gomme, version septembre 2022.

**SIGNATURES : Noter en toutes lettres, pour chaque parent, la mention : « Lu et approuvé » à côté de votre signature.**

---

NOM et Prénom du PERE .....

Date.....Signature :

NOM et Prénom de la MERE .....

Date.....Signature :



# Boule de Gomme



Nous vous rappelons ci-dessous le **calendrier des obligations vaccinales en vigueur** :

**Vaccination : êtes-vous à jour ?** **2019**  
calendrier simplifié des vaccinations

| Âge approprié                          | 1 mois | 2 mois | 4 mois | 5 mois | 11 mois | 12 mois | 16-18 mois | 4 ans | 11-13 ans | 14 ans | 25 ans | 45 ans | 65 ans et + |
|--|--------|--------|--------|--------|---------|---------|------------|-------|-----------|--------|--------|--------|-------------|
| <b>VACCINATIONS OBLIGATOIRES</b>       |        |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |             |
| BCG                                    |        |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |             |
| Diphtérie-Tétanos-Poliomyélite         |        |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |             |
| Coqueluche                             |        |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |             |
| Haemophilus influenzae de type b (Hib) |        |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |             |
| Hépatite B                             |        |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |             |
| Pneumocoque                            |        |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |             |
| Méningocoque C                         |        |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |             |
| Rougeole-Orillons-Rubéole              |        |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |             |
| Papillomavirus humain (HPV)            |        |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |             |
| Grippe                                 |        |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |             |
| Zona                                   |        |        |        |        |         |         |            |       |           |        |        |        |             |

Nous avons bien pris connaissance du calendrier vaccinal et du caractère obligatoire de le respecter, pour notre enfant : .....

Date : .....

Signatures des parents :

## Autorisation parentale pour l'application de la **crème solaire**



**Je soussigné**, (Nom et Prénom du Parent),

....., autorise l'ensemble du personnel de la crèche « Boule de Gomme » à appliquer la **Crème solaire**, pour mon enfant :

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

*La crème solaire à apporter par les parents devra être non entamée et restera à la crèche.*

*(Prenez soin de tester cette crème solaire sur votre enfant avant de l'amener à la crèche, afin d'éviter tout risque d'allergie).*

**DATE :** ..... **SIGNATURE DES PARENTS**

