

MULTI ACCUEIL

223 Rue de la Jonchère

88290 SAULXURES-SUR-MOSELOTTE

Tél. : 03.29.25.64.45/06.78.28.37.96

e-mail : jardindeslutins@saulxures-sur-moselotte.fr

Dossier d'inscription :

- Le jardin des lutins



NOM ET PRENOM DE L'ENFANT : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

DATE D'ENTREE DANS LA STRUCTURE _____



SITUATION FAMILIALE

	Parent 1 ou tuteur	Parent 2
NOM		
PRENOM		
Date et lieu de naissance		
ADRESSE		
TELEPHONE FIXE		
TELEPHONE PORTABLE		
E-MAIL		
PROFESSION		
TELEPHONE PROF		
LIEU DE TRAVAIL		
HORAIRES DE TRAVAIL		

Quel parent notons-nous comme responsable ? (Nom de la facturation, appelé en premier si besoin...)

Parent 1

parent 2

Situation familiale des parents :

Marié

Pacsé

Divorcé

Veuf

Vie maritale

Célibataire

Séparé

En cas de divorce ou de séparation, merci de fournir le jugement du tribunal indiquant les modalités d'exercice de l'autorité parentale.

Logiciel de gestion :

Un code vous sera transmis lors de votre création de dossier informatique.

Code _____

Autres enfants de la famille :

Nom et prénom	Date de naissance	Situation

SITUATION ADMINISTRATIVE

Caisse d'allocations familiales ou Mutualité sociale agricole :

- ✓ Nom et prénom de l'allocataire : _____
- ✓ Numéro d'allocataire : _____

FOURNITURE DE L'ALIMENTATION ET PRODUITS D'HYGIENE

Si je refuse le type de restauration proposé par le Jardin des Lutins : (noter en toutes lettres ci-dessous)

« Je refuse le type de restauration proposé par le Jardin des Lutins. Je m'engage à fournir, l'ensemble des composants pour les repas et les goûters de mon enfant pendant ses temps de présence au Jardin des Lutins et à respecter les règles de conservation des produits. »

.....
.....
.....

Si je refuse les produits de soins d'hygiène proposé par le Jardin des Lutins : (noter en toutes lettres ci-dessous)

« Je refuse le type de produits de soins d'hygiène proposé par le Jardin des Lutins. Je m'engage à fournir, l'ensemble des produits (couches...) nécessaires à mon enfant pendant ses temps de présence au Jardin des Lutins. »

.....
.....
.....

Règlement de fonctionnement :

J'atteste avoir lu et compris le règlement de fonctionnement ainsi que les protocoles qui y sont rattachés et m'engage à les respecter.

L'acceptation, par la famille, du règlement de fonctionnement vaut acceptation de la conservation dans le dossier de la famille, des copies d'écran de CDAP pour le calcul de la tarification horaire

Fait à, le

Signature :

AUTORISATIONS

Je soussigné(e) _____ détenteur de l'autorité parentale de l'enfant _____ autorise.

Les personnes citées à reprendre l'enfant et/ou à être contacter en cas d'urgence si les parents ne sont pas joignables :

Cette autorisation est valable pour les personnes majeures, munies d'une pièce d'identité.

NOM	PRENOM	ADRESSE	TEL. FIXE ET PORTABLE	LIEN DE PARENTE

Autorisation de sorties au sein d'un groupe encadré selon les normes en vigueur :

- Autorise**
- Autorise**
- Autorise**
- N'autorise pas** les sorties dans la cour,
- N'autorise pas** les sorties à pied ou en poussette dans la commune de Saulxures/Moselotte,
- N'autorise pas les sorties** en mini bus ou en bus (normes en rigueur respecter) (avec un siège auto à partir de 22-24mois).

Autorisation de photos et de vidéos :

- Autorise**
- Autorise**
- Autorise**
- Autorise**
- Autorise**
- Autorise**
- N'autorise pas** les affichages au sein du Pôle enfance
- N'autorise pas** les vidéos lors des fêtes au Pôle enfance
- N'autorise pas** les publications municipales - *Saulxures infos*
- N'autorise pas** les publications dans le journal local
- N'autorise pas** les publications sur le site internet de la ville de Saulxures/Moselotte
- N'autorise pas** les publications sur la page Facebook du service enfance jeunesse de la ville de Saulxures/Moselotte

Fait à _____, le _____ Signature :

PARTIE RESERVEE AU MULTI-ACCUEIL

Dossier remis en date du :

Documents du dossier fournis :

- Le dossier d'inscription complété et signé
- Le livret de famille
- La fiche sanitaire de liaison complétée et signée
- La photocopie des vaccinations de l'enfant
- L'attestation d'assurance responsabilité civile
- L'ordonnance du médecin traitant d'aptitude à la collectivité
- Fiche du conditionnement de repas maison,
- Acceptation du règlement de fonctionnement de la structure, des repas fournis ainsi que des produits d'hygiène,

Dossier complet : oui non

Remise à jour du dossier :

- le :
- le :
- le :
- le :

Dates :

Admission :

Adaptation :

.....

Sorties :