

**DIRECTION de L'ANIMATION**

BP. 4409 – 44244 LA CHAPELLE sur ERDRE Cedex  
PETITE ENFANCE ☎ 02 40 29 73 36

# FICHE ENFANT

## Inscription « au multi accueil »

- REMPLIR UNE FICHE PAR ENFANT -

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nom et téléphone du médecin traitant : \_\_\_\_\_

Renseignements divers (que vous jugez utiles pour nous apprendre à connaître votre enfant : rythme de vie, jeux préférés, « doudou », etc) :  
\_\_\_\_\_

Alimentation (allergies, sans porc...) : \_\_\_\_\_

A PRÉVENIR EN CAS D'URGENCE ET/OU AUTORISE A VENIR CHERCHER L'ENFANT :				
Nom et prénom (hors parents)	☎	Qualité	Appel d'urgence(1)	Chercher l'enfant (1)

**(1)** Mettre une croix dans la case concernée.

**Autorisation parentale :**

Dans l'impossibilité de joindre les personnes désignées ci-dessus, l'autorisation est donnée pour faire transporter l'enfant au centre hospitalier en cas d'urgence.

J'autorise mon enfant à sortir, accompagné d'un membre du personnel, dans le cadre de toutes les activités du multi accueil :       OUI                               NON

Je soussigné(e) .....parent/représentant légal certifie avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement des établissements d'accueil de jeunes enfants et en accepter les modalités.

Fait le ..... 20\_\_\_\_\_.

**Signature(s) du (des) responsable(s) légal(aux) :**

DIRECTION DE L'ANIMATION  
Service Petite Enfance

## FICHE SANTÉ

Nom et Prénom de l'enfant : .....  
Date de naissance : .....

### Vaccinations obligatoires (remplir à partir du carnet de santé de l'enfant)

2 mois	4 mois	5 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois
DTCaP	DTCaP	MnC	DTCaP	MnC	ROR
HiB	HiB		HiB	ROR	
Hep B	Hep B		Hep B		
PnC	PnC		PnC		

**DATES DES VACCINS EFFECTUÉS :**

	Date	Date	Date	Date	Date
DTCaP					
HiB					
Hep B					
PnC					
MnC					
ROR					

DTCaP : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche acellulaire, Poliomyélite:      PnC : Pneumocoque C  
 HiB :Haemophilus influenzae b      MnC : Méningocoque C  
 Hep B Hépatite B:      ROR : Rougeole, Oreillons, Rubéole

**AUTRES VACCINATIONS :**

.....

**Indiquez les difficultés de santé en précisant les dates et les traitements éventuels :**

.....  
 .....

**Obligations vaccinales en Établissement d'Accueil du Jeune Enfant :**

Je m'engage à respecter le calendrier vaccinal obligatoire selon l'article L3111-1 du code de la Santé Public.

**Autorisation de délivrance du paracétamol en cas de fièvre ou de douleur :**

Lorsqu'un enfant déclare une fièvre (> à 38,5°) ou est douloureux, le personnel contacte les parents.

*Dans l'attente de mon retour, j'autorise le personnel des établissements d'accueil du jeune enfant à administrer du paracétamol à mon enfant, suivant la prescription du médecin fournie par mes soins, avec la mention « renouvelable 1 an ».*

**Autorisation de délivrance de médicaments en cas de traitement ponctuel et sur ordonnance :**

*En cas de traitement prescrit, je m'engage à donner la première dose au domicile. Je n'apporte pas de traitement reconstitué. J'autorise le personnel de l'EAJE à administrer le traitement à mon enfant, suivant la prescription du médecin fournie par mes soins.*

**Autorisation d'hospitalisation :**

J'autorise le responsable de l'établissement à faire hospitaliser mon enfant si son état de santé le nécessite.

**Je soussigné (e) ..... déclare exacts les renseignements portés sur la fiche santé.**

**Date : ..... Signature :**

**DIRECTION ANIMATION**

BP. 4409 – 44244 LA CHAPELLE sur ERDRE Cedex

ACTION SCOLAIRE ☎ 02 51 81 87 18 ou 19 - JEUNESSE ☎ 02 51 81 87 23 - PETITE ENFANCE ☎ 02 40 29 73 36

# FICHE FAMILLE

(cette fiche de renseignements ne dispense pas d'une inscription spécifique dans chacune des activités fréquentées)

Nom et prénoms du père : \_\_\_\_\_

Nom et prénoms de la mère : \_\_\_\_\_

Situation familiale : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

☎ domicile : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

☎ portable père: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

☎ portable mère: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

adresse email : .....@.....

Employeur du père : \_\_\_\_\_ ☎ : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Employeur de la mère : \_\_\_\_\_ ☎ : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Nom et adresse du représentant légal (si différents des parents) : \_\_\_\_\_

Nombre d'enfants à charge : \_\_\_\_\_

NOM et prénom des enfants	Date de naissance	Sexe

**Régime social :**

Régime général ou autres  pour les allocataires CAF N° \_\_\_\_\_

Régime Agricole  N° \_\_\_\_\_

## PIÈCES A FOURNIR

### Lors de l'inscription au Service Petite Enfance, il est demandé aux parents :

- de compléter un dossier d'inscription (fiche enfant, fiche famille et fiche santé),
  - de fournir le numéro allocataire CAF ou MSA, ou de présenter le dernier avis d'impôt sur le revenu N-2 si non allocataire,
  - de fournir une copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant,
  - de présenter une attestation d'assurance responsabilité civile au nom de l'enfant,
  - pour les enfants présentant une allergie, un régime alimentaire particulier ou dans certains cas de maladie chronique, de constituer avec le médecin traitant, la direction et le référent santé et accueil inclusif un Protocole d'Accueil Individualisé (P.A.I.).
- 
- de fournir un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité datant de moins de 2 mois à la date d'entrée,
  - de fournir une ordonnance médicale de paracétamol de moins de 3 mois avec la mention « dose poids », « fièvre et/ou douleur » et « renouvelable un an ».  
Cette ordonnance devra déjà avoir été utilisée.

---

Tout changement de situation devra être signalé auprès du service concerné sur présentation du justificatif.

---

### Pour les familles allocataires C.A.F de la Loire Atlantique (Autorisation de mise en liaison CAF CDAP) :

J'autorise les services de la ville à accéder et retenir les revenus indiqués sur le site professionnel mis à disposition par la C.A.F. :

Autorise

N'autorise pas

Si la famille souhaite s'opposer à l'accès des revenus sur le site professionnel de la C.A.F. elle doit en informer le service concerné par écrit.

Je soussigné(e) .....  
responsable(s) légal(aux) de .....  
certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à.....,  
Le.....

**Signature(s) du (des) responsable(s) légal(aux) :**

# MANDAT DE PRÉLÈVEMENT SEPA

Référence unique du mandat :

Type de contrat :

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) la Mairie de La Chapelle-sur-Erdre à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de la Mairie de La Chapelle-sur-Erdre.  
Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :  
- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.

IDENTIFIANT CRÉANCIER SEPA

**FR 59 ZZZ 480941**

## DÉSIGNATION DU TITULAIRE DU COMPTE À DÉBITER

Nom, prénom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Pays :

## DÉSIGNATION DU CRÉANCIER

Nom : Mairie de La Chapelle-sur-Erdre

Adresse : rue Olivier de Sesmaisons

Code postal : 44240

Ville : LA CHAPELLE-SUR-ERDRE

Pays : FRANCE

## DÉSIGNATION DU COMPTE À DÉBITER

IDENTIFICATION INTERNATIONALE (IBAN)

IDENTIFICATION INTERNATIONALE DE LA BANQUE (BIC)

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

(\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|)

Type de paiement : Paiement récurrent/répétitif

Signé à :

Signature :

Le (JJ/MM/AAAA) :

DÉSIGNATION DU TIERS DÉBITEUR POUR LE COMPTE DUQUEL LE PAIEMENT EST EFFECTUÉ (SI DIFFÉRENT DU DÉBITEUR LUI-MÊME ET LE CAS ÉCHÉANT) :

Nom du tiers débiteur :

**JOINDRE UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE** (au format IBAN BIC)

**Rappel :**

En signant ce mandat j'autorise ma banque à effectuer sur mon compte bancaire, si sa situation le permet, les prélèvements ordonnés par la Mairie de La Chapelle-sur-Erdre. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à ma banque. Je réglerai le différend directement avec la Mairie de la Chapelle-sur-Erdre.

## Enquête sur les usagers des établissements d'accueil du jeune enfant financés par les caisses d'Allocations familiales

Madame, Monsieur,

Les caisses d'Allocations familiales participent financièrement au fonctionnement des établissements d'accueil du jeune enfant (Eaje), comme les crèches ou les haltes-garderies. En 2012, elles ont consacré près de 3 milliards d'euros à ces structures pour créer de nouvelles places d'accueil et prendre en charge une partie des dépenses annuelles de ces structures.

Afin d'améliorer l'action de la branche Famille, la Caisse nationale des Allocations familiales (Cnaf) a besoin de mieux connaître les caractéristiques des enfants qui fréquentent ces établissements et leurs familles. À cette fin, la Cnaf réalise, dans quatre départements, une expérimentation pour produire un recueil d'informations statistiques. La généralisation de ce dispositif est prévue d'ici la fin de l'année 2017.

Votre département a été sélectionné pour participer à cette phase expérimentale du projet Filoue (fichier localisé des enfants usagers d'Eaje). La Cnaf a donc demandé aux gestionnaires des Eaje concernés de lui transmettre, chaque année, un fichier d'informations sur les enfants accueillis (âge, commune de résidence, numéro allocataire des parents ou régime de sécurité sociale si les parents n'ont pas de dossier à la Caf) et aux modalités de leur accueil (nombre d'heures, facturation). Vous trouverez le détail de cette opération sur les sites : [www.mon-enfant.fr](http://www.mon-enfant.fr) (rubrique actualités) ou [www.caf.fr](http://www.caf.fr) (rubrique études et statistiques). En outre, une adresse mél est mise à votre disposition : [filoue@cnaf.fr](mailto:filoue@cnaf.fr).

Ces données ne seront exploitées que pour produire des statistiques : elles seront donc rendues anonymes avant leur utilisation par la Cnaf.

Conformément à l'article 7 de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée (Informatique et Liberté), vous pouvez vous opposer à cette transmission de données. Dans ce cas, il vous est demandé de retourner le coupon-réponse joint dans les quinze jours.

Je vous remercie par avance pour votre coopération et vous prie de croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de ma considération.

**Daniel Lenoir**  
Directeur général de la Cnaf



### COUPON-RÉPONSE

Si vous ne souhaitez pas participer à l'expérimentation Filoue, merci de bien vouloir remettre le présent coupon à la direction de l'établissement du jeune enfant fréquenté par votre enfant.

Nom de l'établissement fréquenté par votre enfant : \_\_\_\_\_

M<sup>me</sup>/M. Prénom NOM : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

ne souhaite pas que les informations concernant son enfant soient transmises à la Cnaf.

Date :

Signature :

