

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 »

- **REPLIR 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	
	HiB	HiB		HiB	ROR	ROR
	Hep B	Hep B		Hep B		
	PnC	PnC		PnC		

DATES DES VACCINS ÉFFECTUÉS :

	Date	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 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 :

Lorsqu'un enfant déclare une fièvre, plus de 38,5°, le personnel contacte les parents.

En cas de fièvre, plus de 38,5° et 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 jointe.

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

Je m'engage à respecter la chaîne du froid si besoin (pain de glace dans un sac isotherme).

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 une fiche d'inscription,
- de remplir une fiche santé et de fournir une ordonnance médicale de prescription de paracétamol avec sa posologie en cas de fièvre.
- pour un enfant de moins de 4 mois de fournir un certificat médical d'aptitude à la vie en collectivité délivré par le médecin de la PMI,
- de fournir le numéro allocataire C.A.F., ou MSA, ou autres,
- de présenter le dernier avis d'impôt sur le revenu, si non allocataire à la C.A.F. (MSA),
- 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 la directrice et le médecin référent de l'établissement un Protocole d'Accueil Individualisé, (P.A.I.)

✎ Pièces à fournir en plus si inscription à la restauration scolaire, l'accueil périscolaire et au centre de loisirs (3 – 12 ans /vacances et mercredi) :

- Dernière notification du quotient familial fournie par la CAF (pour consultation du serveur CAF) + ou à défaut le dernier avis d'imposition au moment de l'inscription avec le justificatif du versement des prestations familiales.
- La fiche sanitaire (au verso de la fiche « Enfant ») dûment complétée.
- Attestation de l'employeur de chacun des parents ou copie des derniers bulletins de salaire (uniquement si inscription à l'accueil périscolaire et au centre de loisirs (3 – 12 ans /vacances et mercredi).

✎ Pièces à fournir en plus si inscription aux activités 12-18 ans :

- La fiche sanitaire (au verso de la fiche « Jeune ») dûment complétée.

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 (rubrique actualités) ou www.caf.fr (rubrique études et statistiques). En outre, une adresse mél est mise à votre disposition : 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^{me}/M. Prénom NOM : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

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

Date :

Signature :

