VILLE DE
BELIN-BELIET
AU PAYS D'ALIÉNOR

Service Enfance Jeunesse
Relais Petite Enfance

DOSSIER D'INSCRIPTION MULTI-ACCUEIL
ACCUEIL OCCASIONNEL



L'équipe municipale réaffirme son ambition éducative. Il s'agit toujours de mettre l'enfant au centre de nos projets éducatifs, dans la perspective d'autonomie et de plaisir partagé avec des valeurs communes à l'ensemble de nos structures petite enfance, enfance et jeunesse :

- Respect de l'enfant et de sa famille,
- Accueil de l'enfant et de sa famille comme acteur de son éducation et de son évolution,
- Plaisir partagé est transmis dans les différents accompagnements éducatifs.

HORAIRES D'OUVERTURE ET DE FERMETURE DU MULTI-ACCUEIL

- Ouverture : Du lundi au vendredi: de 7h30 à 18h30
- Fermeture : les jours fériés, les 3 premières semaines d'août + journée pédagogique et 1 semaine à Noël

MODALITE D'INSCRIPTION POUR L'ACCUEIL OCCASIONNEL

Un dossier d'inscription spécifique est à compléter et à remettre à la Responsable de l'offre d'accueil Petite Enfance.
C'est un accueil qui ne se renouvelle pas à un rythme prévisible à l'avance. Les enfants sont accueillis en fonction des places disponibles par une demande de réservations par courriel tous les 15 jours.

DOCUMENTS A FOURNIR

☐ Le dossier complété,
☐ La photocopie du livret de famille,
☐ Le justificatif de domicile,
☐ L'attestation d'assurance responsabilité civile de l'année d'accueil en cours,
☐ L'attestation d'assurance individuelle accident de l'année d'accueil en cours,
☐ La photocopie des vaccinations ou un certificat de vaccination
☐ Le certificat médical d'aptitude à vivre en collectivité et de non contagion + ordonnance du médecin pour autoriser l'administration du paracétamol,
☐ 3 photos de votre enfant (format carte postale) + 1 photo de famille
☐ En cas de séparation, l'attestation du jugement pour la garde de l'enfant,
☐ La photocopie d'avis d'imposition du foyer sur les revenus N-2 pour les non allocataires CAF et MSA ou pour les familles n'ayant pas transmis leurs revenus à ces deux organismes,

DOSSIER D'INSCRIPTION MULTI-ACCUEIL «Les Pignots»

ACCUEIL OCCASIONNEL

Date

Prénom et NOM de l'enfant :

Date de naissance :

RESPONSABLES LEGAUX
RESPONSABLE 1 - (destinataire de la facturation) **Mère** : ☐ **Père :** ☐ **Autre Responsable légal** : ☐ **Autorité parentale** : oui ☐ non ☐ Personne physique ou morale - Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales
Nom de famille : **Nom d'usage** : **Prénom(s) :** **Adresse** : **Code postal :** **Commune :** **Courriel :** @ **Tel. mobile:** **Tel. travail:** **Lieu de travail :** **Profession :**
RESPONSABLE 2 **Mère** : ☐ **Père :** ☐ **Autre Responsable légal** : ☐ **Autorité parentale** : oui ☐ non ☐ Personne physique ou morale - Fournir une copie de la décision du juge aux affaires familiales
Nom de famille : **Nom d'usage** : **Prénom(s) :** **Adresse** : **Code postal :** **Commune :** **Courriel :** @ **Tel. mobile:** **Tel. travail:** **Lieu de travail :** **Profession :**
n° CAF GIRONDE : n° MSA **Nom de l'allocataire:**

PERSONNES AUTORISÉES À RÉCUPÉRER L'ENFANT			
Je soussigné(e) Mme, M. représentant l'égal de l'enfant ☐ N'autorise aucune autre personne à venir chercher l'enfant. ☐ Autorise les personnes suivantes à venir chercher l'enfant en cas d'indisponibilité de ma part :			
Toute personne autorisée à venir chercher l'enfant, doit être majeure et doit se présenter munie d'une pièce d'identité.			
Nom prénom	**Lien de parenté**	**Adresse**	**Tél.**
	Choisissez un élément		
	Choisissez un élément		
	Choisissez un élément		
	Choisissez un élément		

FICHE SANITAIRE DE LIAISON

MEDECIN TRAITANT : **Tel.**

Adresse :

ALLERGIE /INTOLERANCE

Asthme : oui ☐ non ☐ , précisez la cause,

Alimentaire : oui ☐ non ☐ , précisez la cause,

Médicamenteuse : oui ☐ non ☐ , précisez la cause,

Autres : oui ☐ non ☐ , précisez la cause,

Votre enfant porte-t-il ?

des prothèses auditives : oui ☐ non ☐ **des lunettes : oui ☐ non ☐**

des lentilles : oui ☐ non ☐ **des prothèses dentaires : oui ☐ non**

Autres : oui ☐ non ☐ , précisez la cause,

DIVERS

Indiquez ici les difficultés de santé de votre enfant et la conduite à tenir (maladie, accident, crises convulsives, hospitalisation, opération, rééducation)

Les médicaments pourront être administrés sauf dans la cadre d'un P.A.I.

AUTORISATIONS PARENTALES

oui ☐ non ☐	autorise mon enfant à participer aux activités extérieures
oui ☐ non ☐	autorise mon enfant à se déplacer en bus
oui ☐ non ☐	autorise l'équipe du multi-accueil à filmer et à photographier mon enfant
oui ☐ non ☐	autorise à insérer des photos de mon/notre enfant dans la gazette éditée par le multi- accueil « les Pignots » dont la diffusion se fera par mail à destination de toutes les familles accueillies et de l'équipe
oui ☐ non ☐	autorise la direction à prendre les mesures nécessaires (hospitalisation, intervention chirurgicale) en cas d'accident
oui ☐ non ☐	autorise les membres de l'équipe du multi-accueil à administrer du paracétamol (doliprane) en cas de température selon l'ordonnance établi par mon médecin traitant ou mon pédiatre fourni lors de l'inscription définitive. Je m'engage à signaler toute variation pondérale et toute prise de médicament dans les 6 heures précédant l'arrivée de l'enfant au sein du multi-accueil
oui ☐ non ☐	autorise la direction du multi-accueil à utiliser la Consultation des Dossiers Allocataires CAF pour les Partenaires (CDAP) ou MSA PRO pour la mise à jour de votre dossier (ressortissants CAF et MSA)
oui ☐ non ☐	accepte que des données à caractère personnel soient transmises à la Cnaf à des fins statistiques relatives aux publics accueillis dans les Eaje.

Je soussigné,

responsable légal de l'enfant

déclare exacts les renseignements portés sur ce dossier d'inscription

Signature