

DOSSIER ADMINISTRATIF DE L'ENFANT

Halte Floréal: Clos des Chartreux 38210 Tullins ☎04 76 06 38 68

NOM DE L'ENFANT :

SEXE : Masculin
 Féminin

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : ___ / ___ / _____

NOMBRE DE FRERE(S) _____ ET SŒUR(S) : _____

N° CAF :

TARIF HORAIRE :

MERE : NOM : _____ Prénom : _____

ADRESSE : _____

Adresse e-mail : _____

Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____ Portable : _____

SITUATION : célibataire mariés pacsés divorcés
 union libre séparés veuf (ve)

Nom du compagnon : _____ Prénom : _____

PERE : NOM : _____ Prénom : _____

ADRESSE : _____

Adresse e-mail : _____

Tél. domicile : _____ Tél. travail : _____ Portable : _____

SITUATION : célibataire mariés pacsés divorcés
 union libre séparés veuf (ve)

Nom de la compagne : _____ Prénom : _____

PROCURATION PARENTALE

Je
soussigné(e).....

autorise la ou les personnes citées ci-dessous à venir chercher mon enfant à la structure en cas
d'empêchement de ma part.

Nom :
Prénom :
Lien de parenté :
Adresse :
Tél :

Nom :
Prénom :
Lien de parenté :
Adresse :
Tél :

Nom :
Prénom :
Lien de parenté :
Adresse :
Tél :

Nom :
Prénom :
Lien de parenté :
Adresse :
Tél :

N.B : Si les parents ne sont pas venus chercher leur enfant à l'heure de la fermeture de
l'établissement, la responsable (ou sa remplaçante) est habilitée à faire appel à une des personnes
citées et à lui confier l'enfant.

Comme il est précisé dans le règlement de fonctionnement, à défaut de ne pouvoir joindre les
parents ou leur(s) représentant(s), la responsable est habilitée à remettre l'enfant à la gendarmerie.

A Tullins, le
Précédée de la mention " Lu et approuvé"

Signature des parents,

DOSSIER MEDICAL DE L'ENFANT

N° DE SECURITE SOCIALE du parent sur lequel l'enfant est rattaché :

NOM : _____

POIDS : _____ DATE : __/__/__

PRENOM : _____

POIDS : _____ DATE : __/__/__

DATE DE NAISSANCE : __/__/_____

PEDIATRE : _____

MEDECIN : _____

ANTECEDENTS : _____

VACCINATIONS :

Infanrix ou Pentacoq ou Pentavac	Méningitec	Hépatite B	Priorix ou ROR	Prevenar	B.C.G	Autres
Rappel						

HANDICAPS : _____

ANTECEDENTS – ALLERGIES – CONTRE-INDICATIONS :

DOSSIER MEDICAL DE L'ENFANT

Je soussigné(e) _____ autorise la responsable de l'établissement à administrer sans ordonnance les médicaments en service dans l'établissement pour les situations suivantes:

- Fièvre : Paracétamol en suppositoire (de 100 à 300 mg) en fonction du poids de l'enfant
Paracétamol en sirop en fonction du poids de l'enfant
- Chute ou choc : Arnica en dose ou granules
- Piqure d'insectes : Apis en dose ou granules
- Erythème fessier : Bépanthène
- Nettoyage des plaies : Diaseptyl
- Poussée dentaire : Chamomilla en dose ou granules
- Sérum physiologique

Tout autre médicament ne pourra être délivré sans ordonnance médicale.

Les professionnels s'engagent, en fonction de la gravité, à informer dans la journée les parents de tout incident concernant la santé de l'enfant.

Fait à Tullins, le _____
Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature des parents,

AUTORISATION DE SOINS D'URGENCE

En cas d'urgence, j'autorise la Responsable de la structure à faire hospitaliser mon enfant et à faire pratiquer une intervention si nécessaire.

Je dois être prévenu dans les plus brefs délais au :

- J'autorise les transfusions sanguines
- Je n'autorise pas les transfusions sanguines

A Tullins, le _____
« Lu et approuvé »

Signature des parents,

AUTORISATION DE SORTIE

Je soussigné(e)

autorise mon enfant

à participer aux activités régulières ou ponctuelles organisées par la structure, à l'extérieur de l'établissement :

- Ferme du Pré du Bourg
- Skate Parc
- Jardin potager, Lot. Le Village
- Ecole maternelle Halte Floréal

A Tullins, le
Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature des parents,

AUTORISATIONS PHOTO - MAQUILLAGE

Je soussigné(e)

autorise n'autorise pas la structure à maquiller mon enfant.

autorise n'autorise pas la structure à prendre des photos de mon enfant

autorise la structure à diffuser ces mêmes photos dans les publications locales (Tullins en direct, l'Info de Tullins, plaquettes CCAS) à l'exception de toute image pouvant porter atteinte à son intégrité physique ou morale

n'autorise pas la structure à diffuser ces photos

Cette autorisation est valable pendant la période d'inscription de mon enfant au sein de la structure.

A Tullins, le
Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature des parents,

ACCEPTATION REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Je soussigné(e)

déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la structure et m'engage à le respecter.

A Tullins, le
Précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature des parents,

FEUILLE RESERVEE AU SERVICE



NOM

PRENOM

Votre participation financière est réalisée à partir de la base de données CAF PRO.
Elle pourra évoluer en cours d'année

Calcul de la Tarification :

Revenus CAF Pro

ou

Revenus nets annuels de Madame, avant abattements

+

Revenus nets annuels de Monsieur, avant abattements

=

TOTAL

Nombre d'enfants à charge :

Taux d'effort CAF

Celui-ci est abaissé de 0.01% si un enfant est porteur de handicap à la charge de la famille.

Taux horaire :
$$\frac{\text{Revenu de référence} \times \text{Taux d'effort}}{12 \text{ mois} \times 100}$$

=

A

Période du contrat : Du _____ au _____ ; soit : _____ mois

Nombre d'heures réservées dans la semaine :

Nombre de semaine(s) de réservation sur la durée du contrat

$$\frac{\text{Nbre d'heures par semaine} \times \text{Nbre de semaines}}{\text{Nbre de mois sur la période}} = \text{moyenne horaire / mois}$$

B

Participation mensuelle de la famille : A x B :

=

Signature du ou des parent(s) précédée de la mention « Lu et approuvé » :