

## DOSSIER ADMINISTRATIF DE L'ENFANT

Maison de la Petite Enfance: Clos des Chartreux 38210 Tullins  
☎04 76 07 86 87

**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 » :